

Action sociale et sanitaire : les initiatives des communes

MARS 2025

2024-074R

• **RAPPORT - TOME 2 (Annexes)**

Matthieu
Angotti

Frédéric
Laloue

Valérie
Saintoyant

Membres de l'Inspection générale
des affaires sociales



Suivez-nous sur LinkedIn

RAPPORT

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
ANNEXE 1 : LES FICHES « PROJET » POUR LES 10 PROJETS ETUDIES	5
1 LE POLE DE SOINS AMBULATOIRES DE PREMIER RECOURS – ALES AGGLOMERATION	5
1.1 CONTEXTE ET OBJECTIFS INITIAUX DU PROJET	5
1.2 DESCRIPTION DU PROJET	6
1.3 BILAN QUALITATIF ET QUANTITATIF	6
1.4 PARTICIPATION ET EVALUATION PAR LES HABITANTS	7
1.5 ÉVALUATION DE LA DIMENSION PARTENARIALE.....	8
1.6 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	8
2 LE LIEU D'ACCUEIL ENFANTS PARENTS (LAEP) ITINERANT - COMMUNAUTE DE COMMUNES DE CEZE CEVENNES.....	8
2.1 CONTEXTE ET OBJECTIFS INITIAUX DU PROJET	8
2.2 DESCRIPTION DU PROJET	9
2.3 BILAN QUALITATIF ET QUANTITATIF	10
2.4 PARTICIPATION ET EVALUATION PAR LES HABITANTS	10
2.5 ÉVALUATION DE LA DIMENSION PARTENARIALE.....	11
2.6 CONCLUSION ET PERSPECTIVES	11
3 MAISON DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE ET CENTRE DE SANTE - COMMUNE DU VIGAN ET COMMUNAUTE DE COMMUNES DU PAYS VIGANAIS.....	11
3.1 CONTEXTE ET OBJECTIFS INITIAUX DU PROJET	11
3.2 DESCRIPTION DU PROJET	12
3.3 BILAN QUALITATIF ET QUANTITATIF	12
3.4 PARTICIPATION ET EVALUATION PAR LES HABITANTS	13
3.5 ÉVALUATION DE LA DIMENSION PARTENARIALE.....	13
3.6 CONCLUSION ET PERSPECTIVES	13
4 LA SANTE MENTALE DES JEUNES – COMMUNAUTE DE COMMUNES CŒUR DU JURA.....	14
4.1 CONTEXTE ET OBJECTIFS INITIAUX DU PROJET	14
4.2 DESCRIPTION DU PROJET	15
4.3 BILAN QUALITATIF ET QUANTITATIF	15
4.4 PARTICIPATION DES HABITANTS	16
4.5 ÉVALUATION DE LA DIMENSION PARTENARIALE.....	17
4.6 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	17
5 LE PROJET ALIMENTAIRE TERRITORIAL – COMMUNAUTE DE COMMUNES CŒUR DU JURA.....	18
5.1 CONTEXTE ET OBJECTIFS INITIAUX DU PROJET	18
5.2 DESCRIPTION DU PROJET	21
5.3 BILAN QUALITATIF ET QUANTITATIF	22
5.4 PARTICIPATION ET EVALUATION PAR LES HABITANTS	23
5.5 ÉVALUATION DE LA DIMENSION PARTENARIALE.....	23
5.6 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	23

6	PREVENTION JEUNESSE – VILLE DE DOLE	24
6.1	CONTEXTE ET OBJECTIFS INITIAUX DU PROJET	24
6.2	DESCRIPTION DU PROJET	25
6.3	BILAN QUALITATIF ET QUANTITATIF	26
6.4	PARTICIPATION ET EVALUATION PAR LES HABITANTS	26
6.5	ÉVALUATION DE LA DIMENSION PARTENARIALE.....	27
6.6	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	27
7	LE PLAN D' ACTIONS UNIQUE SANTE SOCIAL FAMILLE (PLUSF) – COMMUNAUTE DE COMMUNES DE LA CHATAIGNERAIE	28
7.1	CONTEXTE ET OBJECTIFS INITIAUX DU PROJET	28
7.2	DESCRIPTION DU PROJET	28
7.3	BILAN QUALITATIF ET QUANTITATIF	29
7.4	PARTICIPATION ET EVALUATION PAR LES HABITANTS	30
7.5	ÉVALUATION DE LA DIMENSION PARTENARIALE.....	30
7.6	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	30
8	LA MAISON FRANCE SERVICES DU PAYS DE LA CHATAIGNERAIE – COMMUNAUTE DE COMMUNES DE LA CHATAIGNERAIE	31
8.1	CONTEXTE ET OBJECTIFS INITIAUX DU PROJET	31
8.2	DESCRIPTION DU PROJET	32
8.3	BILAN QUALITATIF ET QUANTITATIF	33
8.4	PARTICIPATION ET EVALUATION PAR LES BENEFICIAIRES.....	34
8.5	ÉVALUATION DE LA DIMENSION PARTENARIALE.....	35
8.6	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	35
9	LE CENTRE DE RESSOURCES TERRITORIAL DE LA ROCHE-SUR-YON – CENTRE INTERCOMMUNAL D' ACTION SOCIALE DE LA ROCHE-SUR-YON	36
9.1	CONTEXTE ET OBJECTIFS INITIAUX DU PROJET	36
9.1.1	<i>Contexte et cadre juridique</i>	36
9.1.2	<i>Objectifs</i>	37
9.2	DESCRIPTION DU PROJET	37
9.3	BILAN QUALITATIF ET QUANTITATIF	39
9.4	PARTICIPATION ET EVALUATION PAR LES HABITANTS	39
9.5	ÉVALUATION DE LA DIMENSION PARTENARIALE.....	40
9.6	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	40
10	LE SCHEMA GERONTOLOGIQUE – CENTRE INTERCOMMUNAL D' ACTION SOCIALE DE LA ROCHE-SUR-YON	41
10.1	CONTEXTE ET OBJECTIFS INITIAUX DU PROJET	41
10.2	DESCRIPTION DU PROJET	42
10.3	BILAN QUALITATIF ET QUANTITATIF	43
10.4	PARTICIPATION ET EVALUATION PAR LES HABITANTS	43
10.5	ÉVALUATION DE LA DIMENSION PARTENARIALE.....	43
10.6	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	44
	ANNEXE 2 : ATELIERS DE REFLEXION COLLECTIVE	45
	POURQUOI DES ATELIERS COLLECTIFS ?	45
	LES PARTICIPANTS	45

LE DEROULE DES ATELIERS	46
QUELQUES ENSEIGNEMENTS METHODOLOGIQUES.....	47
ANNEXE 3 : « CHECK LIST » POUR LES LANCEURS DE PROJET SUR LES TERRITOIRES	49
ANNEXE 4 : ECLAIRAGES SUR LES TROIS THEMATIQUES EXPLORÉES PRIORITAIREMENT PAR LA MISSION	52
1 LA POLITIQUE D'ACCES AUX DROITS DES PERSONNES AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE 52	
1.1 LES INTERVENTIONS DU BLOC COMMUNAL DANS LE CHAMP DE L'ACCES AUX DROITS DES PERSONNES AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE.....	52
1.1.1 <i>Des interventions les plus souvent réalisées au titre de la clause de compétence générale, mais des textes de plus en plus précis.....</i>	52
1.1.2 <i>Le niveau soutenu des interventions du bloc communal est de mieux en mieux documenté.....</i>	54
1.2 LES INSTITUTIONS ANIMANT ET PARTICIPANT A LA POLITIQUE D'ACCES AUX DROITS DES PERSONNES AGEES AU NIVEAU NATIONAL ET AU NIVEAU LOCAL	55
1.2.1 <i>Au niveau national.....</i>	55
1.2.2 <i>Au niveau territorial.....</i>	56
1.3 LA MISE EN PLACE PROGRESSIVE DU SERVICE PUBLIC DEPARTEMENTAL DE L'AUTONOMIE (SPDA).....	57
2 LA LUTTE CONTRE LA PRECARITE ALIMENTAIRE.....	58
2.1 LES FONDEMENTS LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES	58
2.2 LES DIMENSIONS DE LA PRECARITE ALIMENTAIRE	59
2.3 LES PLANS, INSTANCES ET OUTILS DE LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LA PRECARITE ALIMENTAIRE	60
2.3.1 <i>Au niveau national.....</i>	60
2.3.2 <i>Au niveau territorial :.....</i>	62
2.4 LES CATEGORIES DE DISPOSITIFS	66
3 LA SANTE MENTALE DES ADOLESCENTS.....	67
3.1 CADRE GENERAL – ENJEUX POLITIQUES INTERNATIONAUX.....	67
3.2 CADRE GENERAL – CHRONOLOGIE DE LA STRUCTURATION D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE EN FRANCE	68
3.3 LES DIMENSIONS DU BIEN-ETRE ET DE LA SANTE MENTALE DES ADOLESCENTS	70
3.3.1 <i>La souffrance psychique des adolescents.....</i>	70
3.3.2 <i>L'organisation du soin et ses dispositifs.....</i>	71
3.3.3 <i>L'enjeu des compétences psychosociales</i>	72
3.3.4 <i>La santé affective et sexuelle</i>	74
3.3.5 <i>L'exposition aux violences.....</i>	75
3.3.6 <i>Addictions et écrans.....</i>	76
3.4 CADRE ET OUTILS DE L'ACTION TERRITORIALE EN MATIERE DE BIEN-ETRE ET SANTE MENTALE DES ADOLESCENTS	79
3.4.1 <i>Cadre législatif (extraits).....</i>	79
3.4.2 <i>Les outils de coordination territoriale</i>	79
3.5 ELEMENTS D'ACTUALITE SUR L'ENGAGEMENT DU BLOC COMMUNAL	81

ANNEXE 1 : les fiches « projet » pour les 10 projets étudiés

[1] La mission a appuyé ses analyses sur l'étude de dix projets menés à l'initiative des sept communes et établissements publics locaux dans lesquels elle s'est déplacée : la communauté d'agglomération d'Alès, la communauté de communes de Cèze Cévennes, la commune du Vigan, la communauté de communes Cœur de Jura, la ville de Dole, la ville de La Roche-sur-Yon et la communauté de communes de La Châtaigneraie.

[2] Les structures juridiques porteuses de ces dix projets, indiquées dans les fiches, peuvent différer des collectivités qui ont constitué les points d'entrée précités retenus par la mission. En effet, pour plusieurs de ces collectivités, l'existence d'un « bloc communal » est un fait concret qui se traduit par le fonctionnement services communs, assumant la conduite de projets pour le compte de plusieurs entités juridiquement distinctes (commune, EPCI, CCAS, CIAS).

[3] Les dix fiches projet ont été adressées pour information et corrections éventuelles à leurs responsables techniques, qui ont ainsi pu faire valoir leurs observations sur ces documents.

1 Le pôle de soins ambulatoires de premier recours – Alès agglomération

Nom du Projet : Pôle de soins ambulatoires de premiers recours

Collectivité et service qui portent le projet : Alès Agglomération – Service Santé

Date de début du projet : novembre 2023

Date de fin du projet (ou état actuel) : le centre fonctionne mais dans un cadre financier et administratif non pérenne (FIR de l'ARS pour 3 ans)

Responsable(s) du projet : Directrice du Pôle des solidarités et le responsable de la santé

1.1 Contexte et objectifs initiaux du projet

[4] Dans le cadre des états généraux de la santé organisés à Alès en 2023, l'une des thématiques prioritaires identifiées était les soins programmés de premier recours. Ce sujet a été identifié du fait du nombre de patients dépourvus de médecin traitant sur le territoire de l'agglomération, estimé à 15.000. En outre, les résultats des consultations annuelles réalisées par la ville mettent systématiquement les questions d'accès aux soins en tête des préoccupations des habitants. La démarche part de ces difficultés d'accès aux soins, et des difficultés attribuées aux politiques nationales pour y faire face.

[5] Il s'agit de créer et de faire fonctionner un centre de soins ambulatoires de premier recours, ciblé spécifiquement vers les personnes sans médecin traitant, et atteintes d'une maladie chronique ou d'une affection subaiguë. Sans proposer de médecin traitant pour les personnes concernées, le dispositif permet d'apporter des réponses immédiates aux patients (consultation,

prescriptions d'examens et de médicaments, etc.) en lien avec leur pathologie et d'assurer un suivi.

1.2 Description du projet

[6] L'équipe de la direction santé, mutualisée entre la ville, l'EPCI et le syndicat de pays est pilote le projet.

[7] Le portage est assuré par l'une des trois CPTS du territoire. Le projet bénéficie d'une enveloppe de 975.000 € de novembre 2023 à décembre 2025 au titre du Fonds d'intervention régional de l'ARS Occitanie. Alès-Agglomération, dans le cadre des états généraux de la santé, participe à la location des locaux à hauteur de 84.000 €, Ces moyens permettant à la structure de bénéficier de locaux dédiés et adaptés à l'exercice médical partagé et d'employer 0,8 ETP de médecin, 0,8 ETP d'infirmier et 2 ETP d'aide-soignant.

[8] Il s'agit d'un pôle de soins programmés de premier recours (généraliste), dans lequel l'exercice médical est partagée au sein d'une équipe pluriprofessionnelle. L'objectif est d'apporter une réponse innovante et qualitative pour permettre l'accès aux soins des personnes sans médecin traitant. Le dispositif permet aux personnes malades chroniques (avec ou sans ALD) ou atteintes d'une affection subaiguë de bénéficier d'un suivi médical régulier. Les patients sont suivis selon un protocole prédéfini et programmé, prenant en compte leur pathologie, leur état de santé, ainsi que leur situation sociale et psychique. Le pôle n'assure pas les soins non programmés de sa patientèle, qui est orientée vers les dispositifs de droit commun. Aujourd'hui, l'absence de reconnaissance administrative du pôle (pas de FINESS) ne permet pas à ses patients de le désigner comme médecin traitant, ouvrant droit au parcours de soins coordonné.

[9] Le modèle prend en compte la pénurie de ressources médicales sur le territoire et y apporte une solution atypique. Cela implique par exemple, pour les habitants, à terme, passer d'un modèle du médecin traitant par village, au profit de la garantie d'accès à l'un des pôles de soins de premier recours, notamment au moyen de transports adaptés (le projet évoque un service public des soins de premier recours, dont la mise œuvre est assurée par les professionnels de santé du territoire). La mise en place du Pôle de soins ambulatoires de premier recours, prévue par les états généraux de la santé pour 2024, a effectivement été réalisée mais sous une forme non encore pérenne du fait de l'absence de cadre juridico-financier permettant d'inscrire la structure dans les financements de droit commun de l'assurance maladie. En effet, la structuration administrative du pôle ne trouve aucun modèle actuel. Il ne s'agit, ni d'une maison de santé publique (MSP) dont les professionnels restent médico-légalement indépendants les uns des autres (seul exercice coordonné) et impliquant une tarification à l'acte, ni d'un centre de santé qui oblige les professionnels à être employés par la structure.

1.3 Bilan qualitatif et quantitatif

[10] D'après l'EPCI, l'initiative fonctionnerait conformément aux attentes d'un point de vue quantitatif et qualitatif (plus de 1500 patients inclus, des professionnels satisfaits : 9 médecins généralistes libéraux dont des jeunes, ce qui montre l'intérêt des praticiens pour cette modalité d'exercice).

[11] Il est en revanche impossible à l'EPCI de mesurer exactement l'impact de son initiative sur la proportion de personnes suivies et sans médecin traitant. Le bilan de l'ORS tous les 4 ans serait insuffisant pour l'action du point de vue de la collectivité.

[12] Du point de vue de la CPAM, l'outil ne peut avoir pour impact de réduire le nombre de personnes sans médecin traitant, puisque la structure ne peut assurer ce rôle (l'équipe projet propose de passer d'un statut de médecin traitant à celui d'équipe traitante, en faisant référence à un avis de l'académie nationale de médecine de février 2023). La pérennité du projet se heurte à des difficultés pour obtenir les autorisations permettant un financement par l'assurance maladie sur la base de l'ONDAM, car aucune catégorie juridique ne couvrirait la situation de centre de soins ambulatoires de premier recours (ni MSP, ni centre de santé). Le financement par le FIR ne couvre que 3 années (novembre 2023 à décembre 2025) et impose de trouver une solution pérenne. La structure ne peut se voir attribuer à ce stade de numéro FINESS. Une évaluation globale du projet et des possibilités juridiques et financières ouvertes pour l'avenir doit rapidement intervenir.

1.4 Participation et évaluation par les habitants

[13] A l'origine du projet, les états généraux de la santé d'Alès agglomération ont été lancés en 2023 et conclus en décembre de la même année, en présence du ministre de la Santé, après avoir été initialement prévus en 2020.

[14] La santé est une priorité pour Alès. La président de la communauté d'agglomération indique qu'une enquête annuelle est réalisée auprès des habitants de la ville chaque année, dont les résultats révèlent que l'accès à la santé est de très loin leur première préoccupation.

[15] Le travail s'est engagé avec RESEDA (association de coordination des réseaux de santé du bassin alésien qui coordonne notamment le contrat local de santé), plus grand réseau de santé en France avec 1200 participants annuels.

[16] Il a réuni au cours de 2023 :

- Une concertation avec les professionnels, les bénévoles associatifs, les élus et représentants des institutions publiques : 400 participants, 1700 contributions, 10 ateliers.
- Une consultation de la population : 1000 réponses, 43% disent avoir renoncé à un soin dans les 12 derniers mois, 18% disent être sans médecin traitant.

[17] Les conclusions des états généraux ciblent un objectif prioritaire, les soins de premier recours, qui se décline dans des actions dans trois champs : la prévention, l'accès programmé et l'accès non programmé. Parmi les nombreuses actions sont prévues sur la période 2023-2025, le centre de premier recours apparaît la plus emblématique.

[18] En février 2025, la mission a organisé un atelier par visioconférence permettant d'appréhender le ressenti de deux patients du centre de santé. Ces derniers ont insisté sur la qualité des soins reçus et la pertinence de cette solution au regard de leurs besoins.

1.5 Évaluation de la dimension partenariale

[19] Une CPTS porte le projet.

[20] L'ARS finance à hauteur de 975 K€ de novembre 2023 à décembre 2025. Elle estime que l'initiative est réellement intéressante, mais qu'elle pourrait être complétée utilement par un accompagnement social des personnes bénéficiaires.

[21] Alès Agglomération, mobilise une subvention de 84 K€ sur la même période (12 K€ en 2023, 36 K€ en 2024 et 36 K€), et apporte un soutien méthodologique par son service santé.

[22] La CPAM estime que le projet ne permet pas l'attribution de médecins traitants, et de ce fait pourrait divertir une partie des ressources médicales du territoire.

[23] L'association RESEDA, qui coordonne le CLS, apporte un appui méthodologique, administratif et technique.

1.6 Conclusion et recommandations

[24] L'initiative répond à la première préoccupation exprimée par la population, par un mécanisme original appuyé sur les professionnels de santé du territoire.

[25] Cependant, la pérennité de ce projet dépend de sa capacité à intégrer à moyen terme le droit commun.

2 Le lieu d'accueil enfants parents (LAEP) itinérant - Communauté de Communes de Cèze Cévennes

Nom du Projet : Les p'tites graines, LAEP itinérant

Collectivité et service qui portent le projet : portage CC Cèze Cévennes, portage gestion par l'association « Accès pour tous »

Date de début du projet : 2018

Date de fin du projet (ou état actuel) : projet toujours en cours

Responsables du projet : Caroline Fabregoul, cheffe de service, action sociale et culturelle

2.1 Contexte et objectifs initiaux du projet

[26] Un Lieu d'Accueil Parent Enfant (LAEP) est un dispositif labellisé par la CAF et défini ainsi : « Un espace convivial qui accueille, de manière libre et sans inscription, de jeunes enfants âgés de moins de six ans accompagnés de leur(s) parent(s) ou d'un adulte référent. Cette structure, adaptée à l'accueil de jeunes enfants, constitue un espace de jeu libre pour les enfants et un lieu de parole pour les parents. Elle est ouverte sur des temps déterminés par des accueillants (professionnels et/ou bénévoles) formés à l'écoute et garants des règles de vie spécifiques à ce lieu ».

[27] Le projet de LAEP itinérant est né dans le cadre de la Convention Territoriale Globale 2016-2021, signée entre la CC et la CAF du Gard. L'élaboration de celle-ci s'est appuyée sur des « Groupes Techniques Thématiques » composés d'élus, d'agents, de partenaires associatifs ou institutionnels et d'habitants du territoire.

[28] Ces groupes ont travaillé autour de 5 thématiques : enfance & parentalité ; jeunesse & parentalité ; précarité, accès aux droits, insertion ; vie sociale et culturelle, logement ; santé, dépendance, handicap. Ils ont proposé de multiples pistes d'actions, dont une partie ont été approuvées par le comité de pilotage de la CTG : Bus France Services, nouvel EAJE, ateliers seniors, forum logement, forum mobilité, cellule de veille éducative, médiation en santé... Parmi elles, deux projets phare : une ludothèque itinérante et un LAEP itinérant.

[29] Celui-ci répond à une problématique identifiée par les élus, les professionnels des politiques enfance / jeunesse et les habitants du territoire : le sentiment que peuvent éprouver un certain nombre de parents d'être démunis et isolés quand survient un enjeu de parentalité (petite enfance, apparition de besoins spécifiques, difficultés scolaires, adolescence...). Démunis car sans espace d'expression disponible et sécurisant (pour les parents comme pour les enfants) ; isolés car la dispersion des villages rend difficile l'accès aux structures de type Centre social. Le modèle LAEP, promu par la CAF, est apparu adapté à ces enjeux, dans une modalité itinérante pour toucher les familles les plus isolées.

2.2 Description du projet

[30] Le LAEP est porté par une association importante du territoire : « Accès pour tous », basée à Meyrannes. Elle porte un Espace de Vie Sociale, un ALSH et de nombreux dispositifs autour des enjeux enfance, famille, jeunesse, parentalité (cf. fiche 360) Il a été déployé à partir de mars 2018, sous la dénomination « Les p'tites graines ». Ses objectifs généraux :

- Accompagner la relation parents – enfants ;
- Soutenir le lien précoce dans la relation parents – enfants ;
- Proposer un lieu sécurisant de socialisation, dédié aux enfants ;
- Favoriser le lien social et rompre l'isolement des parents.

[31] Ses objectifs opérationnels :

- Autour du lien familial : valoriser les compétences parentales et celles des enfants ; accompagner le lien d'attachement ; dédramatiser les situations de tension ; favoriser les échanges parents – enfants ;
- Autour du lien social : permettre aux enfants de découvrir les règles de vie en collectivité ; mutualiser les savoirs entre parents ; favoriser la mixité sociale ; rompre l'isolement ;
- Autour de la prévention : prévenir les situations de négligence, de maltraitance ou de violence ; prévenir précocement les troubles de la relation parents – enfants ; accompagner la réflexion des parents en instaurant un climat de confiance ;

[32] Concrètement, le LAEP itinérant prend la forme d'un camion aménagé, « la boîte qui roule », qui transporte deux actions itinérantes de soutien à la parentalité : la ludothèque mobile « Ludo-Cèze » (23 communes desservies) et le LAEP « Les p'tites graines » - 4 communes de la CC sont desservies par le dispositif mobile : Gagnières (lundi matin), Barjac (mardi matin), Saint Victor de Malcap (jeudi matin) et Molières sur Cèze (vendredi matin).

[33] Les principes fondamentaux de l'accueil :

- Un lieu adapté ;
- L'anonymat préservé ;
- Le respect de l'enfant et de son parent ;
- La place de l'imaginaire pour que l'enfant puisse faire des expériences (« laisser être » plutôt que « savoir-faire ») ;
- Au minimum 2 accueillants (travailleurs sociaux), chacun consacrant 25h par semaine au dispositif ;
- Des bénévoles conventionnés et formés (formation initiale obligatoire à la posture d'accueillant) ;
- Présence obligatoire d'un parent ou adulte tuteur ;
- La confidentialité des échanges (sauf cas de maltraitance), aucune parole forcée. Le LAEP n'a du reste aucune visée thérapeutique ;
- La supervision régulière des accueillants par des personnels extérieurs qualifiés (2h par mois).
- Un véhicule utilitaire pour le transport du matériel pédagogique et ludique ;
- Du matériel « transportable » : tapis, chauffeuses, coussins, casiers, matériel d'hygiène, jeux, livres...

2.3 Bilan qualitatif et quantitatif

[34] Les acteurs du territoire valorisent fortement ce dispositif, et plus largement le concept de la Boîte qui roule (LAEP + ludothèque). Le LAEP accueille en moyenne une centaine d'enfants et une centaine de parents par an.

2.4 Participation et évaluation par les habitants

[35] Le projet est né dans le cadre des travaux partenariaux autour de la CTG. L'élaboration de celle-ci s'est appuyée sur des « Groupes Techniques Thématiques » composés d'élus, d'agents, de partenaires associatifs ou institutionnels et d'habitants du territoire. A noter que, pour la CC, faire participer « en direct » des habitants n'est pas évident ; il s'avère beaucoup plus efficace de s'appuyer sur des structures expertes pour développer cette participation : les Centres sociaux et les EVS notamment.

2.5 Évaluation de la dimension partenariale

[36] On peut parler ici d'un partenariat classique entre collectivité et CAF, dans le cadre d'une CTG, autour des enjeux de parentalités.

[37] En termes budgétaires, le camion « La boîte qui roule » a représenté un investissement de 54 900 euros, avec un apport de 24700 euros de la CAF et de 10000 euros de 2 réserves parlementaires.

2.6 Conclusion et perspectives

[38] Le soutien au projet de LAEP itinérant a été renouvelé dans le cadre de la CTG 2022-2026, qui vise à renforcer la politique de l'enfance et de la parentalité sur le territoire. Une prolongation de cette dynamique est envisagée, à travers la création d'un lieu fédérateur de l'ensemble des initiatives et dispositifs : une Maison des Familles, visant à accueillir tout parent, futur parent, grand-parent, beau-parent, de manière libre, gratuite et totalement volontaire, mais également des professionnels qui interviennent dans le champ de la parentalité, de l'enfance, de l'adolescence et du socio-culturel.

3 Maison de Santé Pluridisciplinaire et Centre de Santé - Commune du Vigan et Communauté de Communes du Pays Viganais

Nom du Projet : MSP et Centre de Santé des Orantes

Collectivité et service qui portent le projet : portage commune du Vigan et CC du Pays Viganais

Date de début du projet : 2023

Date de fin du projet (ou état actuel) : projet toujours en cours

Responsables du projet : Joël BOUIS, DGS mutualisé, commune et CC

3.1 Contexte et objectifs initiaux du projet

[39] Une Maison de Santé Pluridisciplinaire est créée dès 2017, à l'initiative d'un médecin, sur un terrain aménagé par la mairie, avec rapidement une équipe complète : 6 généralistes, 1 psychiatre, 1 psychologue, 1 infirmière, 1 diététicienne, 1 orthophoniste, 3 secrétaires. Ils bénéficient d'aides financières à l'installation (plan Montagne) et d'exonérations d'impôts (ZRR).

[40] Cependant, des départs successifs au sein de cette première équipe, notamment de 2 généralistes, fragilisent la MSP, avec menace de départs en cascade (2 généralistes approchent de la retraite, les 2 autres craignent de se retrouver seuls), et donc de fermeture.

3.2 Description du projet

[41] En 2023, le DGS Ville / CC fait la rencontre d'un médecin à la retraite installé sur le territoire, Michel David. Celui-ci accepte de faire fonction de « chargé de mission » pour sauver et redynamiser la MSP. Il le fait en partie à titre bénévole, en partie en étant rémunéré sur des vacations. Il bénéficie du soutien de la chargée de projet « Petite ville de demain » (programme ANCT), la santé faisant partie des 4 axes du projet PVD (avec l'habitat, l'attractivité et la formation). A noter que les compétences et le dynamisme de ce binôme sont salués par tout le monde.

[42] Leur stratégie consiste d'abord à s'appuyer sur les liens de Michel David avec la faculté de médecine de Montpellier, où il enseignait. Il organise ainsi des week-ends de découverte du territoire pour des groupes d'internes en médecine générale, avec un volet professionnel (rencontres avec l'hôpital local, la MSP, l'autre pôle de santé) et un volet loisir (hébergement au village VVF, activités sportives et culturelles...). On compte 55 inscrits pour le prochain, au printemps (3ème édition). A ce jour, une petite dizaine d'internes manifestent un intérêt pour le projet. A noter que les deux jeunes généralistes sont maîtres de stages et accueillent donc des internes différents tous les semestres.

[43] Deuxième axe de travail : intégrer la MSP au GIP « Ma santé, ma région », porté par la Région Occitanie. Ce GIP a pour objectif d'ouvrir et de gérer des centres de santé en zones désertifiées, avec des médecins salariés. Le GIP existe depuis 2022 et avait ouvert, début 2025, 21 centres en Occitanie, sur la base d'appels à manifestation d'intérêt lancés auprès des communes et CC. Siègent au GIP : la Région, les Départements intéressés (mais pas celui du Gard), les communes et CC engagées dans un projet de centre, ainsi que des représentants des professionnels de santé.

[44] Dans le projet viganais, il s'agit de reconvertir une MSP préexistante, et fondée sur une activité libérale. Une solution hybride a ainsi été imaginée et mise en place courant 2024. Le site médical des Orantes (bâtiment propriété de la CC) accueille à la fois :

- Les 2 médecins proches de la retraite, qui continuent à exercer en libéral dans le cadre de la MSP, avec leur propre secrétariat ;
- Les 2 jeunes médecins, qui ont basculé sur du salariat, embauchés par le GIP, avec un poste de secrétaire salarié du GIP également (agent mis à disposition par la CC).

3.3 Bilan qualitatif et quantitatif

[45] Le bilan est positif à ce jour : le site médical accueille des patients et un modèle a été trouvé pour en assurer la pérennité (cf. ci-dessous, la prise en charge partagée du déficit de fonctionnement). On note aussi la dimension hybride de ce modèle (salariés et libéraux dans les mêmes locaux), un équilibre né de la nécessité d'innover, de sécuriser les soignants sur de nouvelles modalités d'exercice, tout en s'adaptant à l'existant.

3.4 Participation et évaluation par les habitants

Le projet ne fait pas l'objet d'une implication particulière des habitants, à ceci près qu'il bénéficie du temps et de l'énergie que lui consacre un habitant, le Dr Michel David. Les habitants sont en outre directement touchés par sa réussite, en termes d'offre de soins.

3.5 Évaluation de la dimension partenariale

[46] Le projet a ceci de particulier qu'ils mêlent des parties prenantes très diverses : agents des collectivités locales, bénévolat du médecin retraité, faculté de médecine, soutien du Conseil régional via le GIP...

[47] Trois remarques complémentaires sur la dimension partenariale du projet :

- La CC a décidé de racheter le bâti, en s'appuyant sur des subventions de l'ARS et de la Région (270K d'investissement pour chacune des 3 parties) ;
- Dans le cadre des conventions liées au GIP, la CC et la Région s'engagent à prendre en charge le déficit structurel de la MSP (2/3 pour la Région, 1/3 pour la CC) ;
- Le lien avec la Région et le GIP a été facilité par le fait que le Président de la CC soit aussi conseiller régional.

3.6 Conclusion et perspectives

[48] On perçoit la dimension stratégique du projet pour la commune du Vigan, en termes d'offre de soin, d'attractivité du territoire, de capacité à entretenir la dynamique locale. Tout dépend maintenant de la capacité des acteurs locaux à attirer et fixer des médecins sur le projet.

4 La santé mentale des jeunes – Communauté de communes Cœur du Jura

Nom du Projet : Prévenir les conduites addictives des jeunes de la communauté de communes pour favoriser leur santé mentale

Collectivité et service qui portent le projet : Communauté de communes Cœur du Jura Arbois Poligny Salins

Date de début du projet : 2022 (avec la mise en œuvre de l'AAP MILDECA)

Date de fin du projet (ou état actuel) : l'AAP MILDECA s'est achevée en novembre 2024, le CLS est en cours jusqu'en 2026

Responsable(s) du projet : Madame Edith RUEFLY, animatrice/coordinatrice du contrat local de santé APS CNJ

4.1 Contexte et objectifs initiaux du projet

[49] La Communauté de communes Arbois-Poligny-Salins Cœur du Jura a été constituée le 1^{er} janvier 2017 par la fusion des communautés de communes Arbois-Villes-Villages, pays de Pasteur et le pays de Salins les Bains. Le CLS est porté conjointement avec la CC Champagnole Nozeroy.

[50] La communauté de communes est composée de trois bourgs : Arbois (3500 habitants), Poligny (4500 habitants) et Salins les Bains (2700 habitants). Ils concentrent près de 46% de la population de l'EPCI. Chacune de ces communes constitue le bourg centre d'un territoire attenant. Cœur du Jura se caractérise par une proportion élevée de personnes de plus de 60 ans (28%) mais un dynamisme économique positif (secteurs de l'agriculture, de l'industrie et de la construction). Les taux de chômage (8,5%) et de pauvreté (10,9%) sont plus faibles que ceux du département et de la région.

[51] Trois Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) sont implantées sur le territoire : Arbois, Poligny et Salins. Le centre hospitalier Saint Ylie du Jura déploie un certain nombre d'activités sur le territoire, dont un accueil CMP enfants à Poligny et à Salins. Le CMP de Champagnole en revanche a été fermé en 2022. Deux Maisons des Adolescents sont présentes à Dole et à Lons-le-Saunier mais il n'existe pas d'antenne de MDA sur cœur du Jura et Champagnole. Globalement il y a un fort déficit de professionnels de la psychiatrie / pédopsychiatrie sur le territoire et à proximité de la communauté de communes. Plusieurs points de contact CJC (consultations jeunes consommateurs) ont été mis en place, en particulier dans quelques établissements scolaires du second degré et à la maison d'enfants à caractère social (MECS) de Poligny.

[52] C'est dans le cadre du contrat local de santé que les problématiques liées aux conduites addictives ont pu être caractérisées par les acteurs locaux. Il s'agit de consommations tant de produits licites (alcool, tabac, protoxyde d'azote) que de produits illicites (cannabis, cocaïne, MDMA / ecstasy...).

[53] En ce qui concerne les enfants, les adolescents et les jeunes adultes du territoire, plusieurs contextes et type de comportements à risque ont été plus précisément identifiés :

- Des usages problématiques d'écrans très répandus dans les familles et parmi les jeunes (les transports scolaires notamment constituant un cadre propice) ;

- Pour les adolescents, une consommation d'alcool, notamment des internes du Lycée Friant qui forme aux métiers de l'hôtellerie et qui sont au contact des produits et sans occupation le mercredi après-midi et, d'alcool, de cannabis et de cocaïne chez des jeunes accueillis dans les MECS ou les établissements médico-sociaux du territoire ;
- Dans la population des jeunes adultes, des consommations d'alcool et de cannabis mais aussi, sur le territoire de la communauté de commune Cœur du Jura, d'héroïne, de cocaïne / crack ; des consommations plus importantes chez des personnes en intérim, en temps partiel ou demandeuses d'emploi ;
- Des consommations de LSD et d'ecstasy en milieu festif (rave party) ;
- Un alcoolisme dit mondain, surtout parmi les femmes, lié à l'activité vini-viticole de la communauté de communes.

[54] Aussi la communauté de communes a saisi l'opportunité offerte par un appel à projets lancé en 2021 par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) à destination des collectivités locales pour monter un projet de prévention des conduites addictives des jeunes et ainsi obtenir un soutien financier complémentaire à celui apporté par l'ARS dans le cadre du contrat local de santé. La coordinatrice du CLS a également piloté le plan d'action sur la prévention des conduites addictives.

4.2 Description du projet

[55] Dans le cadre du projet développé en réponse à l'appel à projets de la MILDECA, plusieurs actions ont été mises en œuvre entre 2022 et 2024 :

- Formation au renforcement des compétences psycho-sociales, pour prévenir des comportements à risque ultérieurs. Tous les professionnels des structures enfance/petite enfance du territoire CLS (Cœur du Jura et Champagnole Nozeroy Jura) sont concernés au bénéfice des enfants accueillis au sein des accueils de loisirs (ALSH), crèches et Relais Petite Enfance.
- Constitution à l'échelle du territoire d'un réseau d'acteurs relais sur les conduites addictives.
- Organisation d'animations grand public sur les addictions, en particulier sous forme de défis collectifs susceptibles de faciliter l'arrêt du tabac ou la limitation de la consommation de produits à risques.

4.3 Bilan qualitatif et quantitatif

[56] Les formations prévues dans le plan d'action relatives au renforcement des compétences psycho-sociales ont pu être réalisées dans les accueils loisirs (ALSH), le relais petite enfance et crèches de la communauté de communes Cœur du Jura. Sur l'ensemble du territoire CLS (Cœur de Jura et Champagnole Nozeroy), ce sont 110 professionnels qui ont été formés, au bénéfice de plus de 2500 enfants. Les questionnaires remplis à la suite de la formation et de l'accompagnement mettent en évidence un taux de satisfaction élevé des professionnels. Presque tous se disent mieux armés pour faire évoluer leurs pratiques professionnelles en faveur du renforcement des compétences psycho-sociales des enfants.

[57] Un réseau d'environ 70 acteurs relais a pu être mis en place et formé. Les participants ont des profils très variés : élus locaux, agents et cadres des CCAS, agents des maisons France services, animateurs jeunesse, médiateurs habitat social, police municipale, éducatrices ASMH (handicap, insertion sociale), assistantes sociales et conseillères en économie sociale familiale de la maison des solidarités d'Arbois (conseil départemental du Jura), déléguée mandataire UDAF, responsable et bénévole d'une association solidaire, référente accompagnatrice du GRETA, centre de gestion du Jura, conseillères emploi SOELIS... Les participants ont déclaré apprécier la richesse du groupe, liée à la diversité des profils, et avoir appris beaucoup de choses sur les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes ayant des conduites addictives et sur les parcours de soins.

[58] Les actions collectives ont été plus difficiles à mettre en place. Les freins des structures démarchées sont le manque de ressources en interne, la nécessité de formation préalable pour monter des défis collectifs et parfois un désintérêt pour le sujet. Finalement, seuls deux défis collectifs ont pu être réalisés, l'un par la Mission locale de Champagnole et l'autre par deux groupes de salariés de Ney et de Salins-les-Bains.

[59] Par ailleurs, en complément, pour favoriser la santé mentale, plusieurs actions ont été conduites en 2024 dans le cadre de la Semaine d'information en santé mentale (SISM), grâce à un financement ARS :

- Animation d'un café papote avec la psychologue de la MSP d'Arbois autour des thèmes de la santé mentale, de l'enfance et de la jeunesse.
- Mise en place d'un guide sur les ressources locales, régionales et nationales en santé mentale avec un zoom particulier sur la santé mentale des jeunes.
- Animation de tables thématiques sur la santé mentale des jeunes au sein des médiathèques d'Arbois, Poligny et Salins.
- En lien avec le CHS de Saint-Yllie, une présentation du rôle et des missions du CMP d'Arbois, avec une visite sur site, a été proposée à tous les partenaires locaux (Education nationale, municipalité d'Arbois, le secteur jeunes, le CCAS Arbois Poligny et Salins, les MFS, le CSAPA, le CADA, Juralliance, l'ASMH).

[60] A venir au printemps 2025 sur Arbois : un forum de la santé pour les jeunes (incluant la santé mentale) organisée en collaboration avec l'Education nationale, les professionnels de santé du territoire, Promotion santé, l'ADLCA et le CHS Saint-Yllie.

4.4 Participation des habitants

[61] L'organisation de défis collectifs visait à impliquer les habitants de la communauté de communes dans des démarches d'arrêt du tabac et / ou de prévention des conduites addictives. Cette action n'a pas eu la portée souhaitée.

[62] La communauté de communes a décidé d'un autre format pour favoriser la diffusion du projet, en organisant à la fin de celui-ci, en novembre 2024, un colloque permettant un retour d'expérience sur le renforcement des compétences psycho-sociales et sur la formation d'acteurs relais.

4.5 Évaluation de la dimension partenariale

[63] L'ARS porte globalement un jugement positif sur la dynamique engagée par la collectivité de communes. Les retours des autres services de l'Etat sont positifs, même si la participation aux projets locaux portés par la communauté de communes prend principalement la forme de la participation aux comités de pilotage.

4.6 Conclusion et recommandations

[64] Comme pour le projet alimentaire territorial, la communauté de communes Cœur du Jura parvient à faire converger plusieurs partenariats / contractualisations (CLS + MILDECA) autour d'un même objectif, celui de favoriser la santé mentale des enfants et adolescents du territoire, y compris en outillant les professionnels de la collectivité en contact avec ces jeunes. Cette manière de faire permet de mutualiser les sources de financement et de structurer le réseau de partenaires. Elle présente toutefois l'inconvénient d'une moindre explicitation des objectifs, lisibilité du plan d'action et capacité de suivre sa mise en œuvre.

[65] Les actions mises en œuvre au titre du CLS et de l'AAP MILDECA sont perçues positivement par les élus et services rencontrés par la mission. Cependant, elles ne sont pas jugées être à la hauteur des problématiques de santé mentale des jeunes observées.

[66] Les responsables des trois secteurs jeunes de la CC Cœur du Jura (gérés en régie à Arbois et à Salins et confié, à Poligny, à une association locale) sont apparus comme engagés mais, d'après leur propre appréciation, pas formés pour assurer tant l'accompagnement socio-éducatif des jeunes que leur prise en charge médicale. Ils se sentent donc très démunis face à des situations décrites comme parfois très préoccupantes.

[67] Dans ce contexte, l'intérêt d'une antenne de la Maison des adolescents (ou équivalent) et / ou d'un club de prévention spécialisée spécifique au secteur rural a été avancé, mais sans perspective de faisabilité à court terme. Une autre piste évoquée est de transposer le fonctionnement de la cellule cas complexe, jugée très utile, à un public d'enfants et adolescents.

5 Le Projet alimentaire territorial – Communauté de communes Cœur du Jura

Nom du Projet : Projet alimentaire territorial (PAT)

Collectivité et service qui portent le projet : Communauté de communes Cœur du Jura

Date de début du projet : 2024 pour le niveau 2 (PAT 1 : 2021)

Date de fin du projet (ou état actuel) : en cours de mise en œuvre

Responsables du projet : M. Bernard LAUBIER, vice-président de la CC en charge notamment du projet alimentaire territorial, maire de Pont d'Héry + M. Florian PIERRE, chef du pôle économie

5.1 Contexte et objectifs initiaux du projet

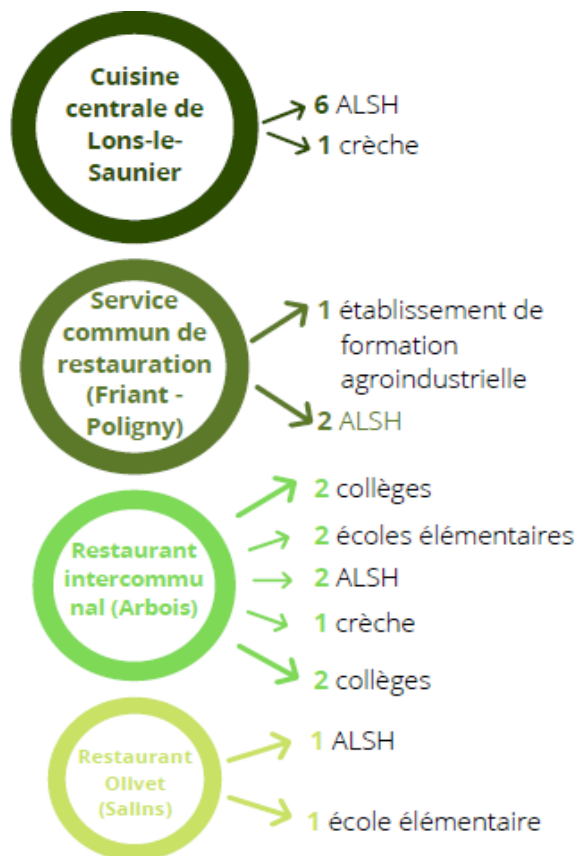
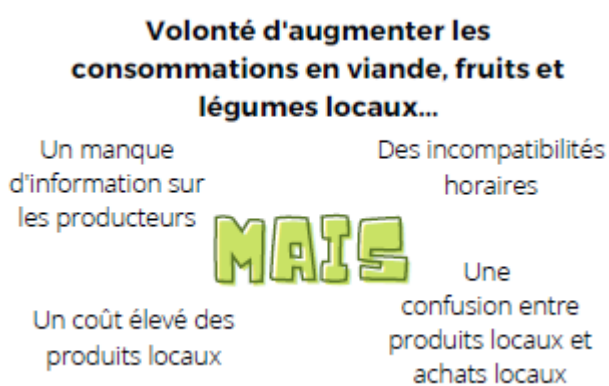
[68] La Communauté de communes Arbois-Poligny-Salins Cœur du Jura a été constituée le 1^{er} janvier 2017 par la fusion des communautés de communes Arbois-Villes-Villages, pays de Pasteur et le pays de Salins les Bains.

[69] Le projet s'appuie sur un diagnostic préalable détaillé. Celui-ci fait ressortir la présence sur le territoire de deux filières agricoles performantes - le vin et le comté-, structurées de longue date autour de modèles coopératifs et confrontées, en dépit de leur réussite économique, à des enjeux de renouvellement des générations. Les productions agricoles diversifiées sont peu représentées (26% des exploitations), non structurées et les porteurs de projet sont souvent des personnes non issues du milieu agricole et/ou du territoire.

[70] Concernant l'accessibilité des produits aux habitants, la majorité des points de vente sont concentrés sur les bourgs centres. Les habitants plébiscitent les supermarchés, avec une appétence croissante pour le hard discount.

[71] La restauration collective est également un consommateur important sur le territoire, avec 11 établissements de restauration collective (6 scolaires, 2 hospitaliers, 2 médicosociaux, 1 d'entreprise).

[72] Les logiques d'approvisionnement sont très variables d'un établissement à l'autre. Si certains restaurants atteignent voire dépassent les objectifs de la loi EGALIM (e.g. le Collège Grévy à Poligny, avec 53% en AB dont 63% d'origine locale), d'autres éprouvent plus de difficultés à revoir leurs modalités d'approvisionnement.



Situation en matière d'aide alimentaire (1 habitant du territoire sur 16 qui a recours à l'aide alimentaire) :

- Tickets alimentaires utilisables dans certaines grandes surfaces et supérettes (20- 80€). Distribués par les assistants sociaux, CCAS et le Secours Catholique.
- Colis alimentaires hebdomadaires constitués pour partie des invendus de commerces et grandes surfaces. Distribués par les Restaurants du Cœur (Arbois, Poligny et Salins), le Secours Populaire (Poligny), la Croix Rouge (Arbois) et le CCAS (Salins)
- Epicerie solidaire pour faire des courses à petit prix, gérée par l'association St Michel le Haut (Salins-les-Bains).

[73] La politique alimentation de la communauté de communes est explicitée dans plusieurs documents de programmation stratégique. Elle comprend une dimension économique, de santé publique, sociale et environnementale.

Le projet alimentaire territorial (PAT)

[74] Lauréate de l'appel à projet du plan national de l'alimentation (PNA) en 2021, la communauté de communes Cœur du Jura a pu s'engager, avec l'appui de la DRAAF/ DDT, dans la labellisation de niveau 2 au courant de l'été 2024. Les objectifs stratégiques du PAT sont les suivants :

- Soutenir et accompagner le développement de filières agricoles locales et diversifiée ;
- Favoriser l'accès à tous à une alimentation locale de qualité ;
- Encourager l'approvisionnement en produits locaux dans la restauration collective ;
- Limiter l'impact environnemental de l'alimentation.

[75] Validé le 04 juillet 2023, le plan d'actions, complété en 2024, comporte une série de 30 actions à mettre en œuvre d'ici 2025 (voir *infra*).

[76] Le PAT a bénéficié d'un financement de 99 883€ au titre du plan de relance sur la mesure « PAT » et d'un financement DRAAF/ADEME (Programme régional pour l'alimentation) de 81 102 €. Le projet des Jardiniers du Val de Cuisance d'Arbois a également été financé à hauteur de 8000€ par la mesure « Jardins partagés » du plan de relance.

Le contrat local de santé (CLS) 2022-2026 :

[77] Conjoint à la communauté de communes Cœur du Jura et à la communauté de communes Champagnole – Nozeroy, le contrat local de santé prévoit, dans l'action relative à la promotion de l'éducation nutritionnelle (PNNS) (action 2.4), plusieurs mesures :

- Accompagnement des collectivités, entreprises qui souhaitent signer la charte « collectivités actives » du programme national nutrition santé (PNNS) ;
- Mise en œuvre d'actions « alimentation et activité physique » auprès des enfants et de jeunes de clubs sportifs ;
- Action de sensibilisation sur le bien manger, pour bien vieillir.

[78] **La communauté de communes a par ailleurs enrichi sa politique alimentation par des actions conçues et financées au titre du dispositif *Mieux manger pour tous* et du Pacte local des solidarités du Jura**, les orientations de ces programmes rejoignant celles arrêtées dans le cadre du PAT et du CLS.

[79] La contractualisation au titre du PAT a permis le recrutement d'une coordinatrice à temps plein. Le recrutement de la remplaçante de la coordinatrice PAT était en cours au moment de la visite de la mission.

5.2 Description du projet

[80] Les actions réalisées en 2024 l'ont été principalement au titre du CLS, du programme *Mieux manger pour tous* et du Pacte local de solidarité.

- **Action de lutte contre la précarité alimentaire menée au titre du CLS** : mise en place d'ateliers de confection de plats enrichis à partir de produits locaux et de saison pour prévenir la dénutrition des publics fragiles. S'inscrivant dans le cadre de la semaine de la dénutrition, cette action, financée par l'ARS à hauteur de près de 10 K€, a été mise en œuvre en 2024 en partenariat avec la Mutualité française BFC, la maison France service (MFS) de Blégny, le PAT APS et diverses associations et différents collectifs locaux (les jardins solidaires, Un Pas de Côté, le collectif bio d'Arbois, l'épicerie sociale de Salins, le groupement de producteurs bio l'Alter Marché du Dan de Poligny, le radis qui pique). Cette action avait pour objectif de mettre en place des ateliers de confection de plats enrichis à partir de produits locaux et de saison pour prévenir la dénutrition des publics fragiles. Le public ciblé est celui des professionnels travaillant au contact des personnes accueillies au sein des CADA, des personnes seules et/ou isolées, des personnes en insertion ou des personnes en situation de handicap. Les ateliers sont programmés à chaque saison pour adapter les recettes au fil de l'année et des produits de saison. Un atelier spécifique sur la sensibilisation à la dénutrition est conduit auprès des élèves du Bac pro Services Aux Personnes et Aux Territoires (SAPAT) de la MFS de Blégny. Un carnet de recette sera réalisé et diffusé en novembre 2025 à l'occasion de la semaine de la dénutrition ; cette diffusion pourra s'accompagner d'ateliers de dégustation au sein des structures et où lieux d'accueils des publics cibles.
- **Projet MIAM financé au titre du Programme *Mieux manger pour tous*** (appel à projet régional 2024 de la DREETS). Le projet MIAM (Mutualisons les Initiatives entre Agriculteurs Managers), porté par le CIVAM¹ Le Serpolet et l'association ACTIVE, vise à faire du lien entre le monde agricole et celui de l'aide alimentaire, afin de permettre un accès à une alimentation de qualité pour toutes et tous. Il s'agit d'un projet de trois ans, sur les départements 21, 39, 71 et 25. Dans la communauté de communes Cœur du Jura, la première action concrète engagée à ce titre a été une réunion, organisée en novembre 2024, associant tous les acteurs, pour favoriser leur mise en réseau.

[81] Sur la durée du projet alimentaire territorial, sont prévues, dans l'axe « Favoriser l'accès à tous à une alimentation locale de qualité », les actions suivantes :

1. **Créer une épicerie sociale itinérante**, à partir de celle fonctionnant à Salins-les-Bains, gérée par l'association Saint Michel le haut (ASMH).
2. **Expérimenter des chèques alimentaires**, en commençant par la mise en place de bons alimentaires à utiliser lors des marchés de l'Altermarché du Dan (produits bio et locaux), notamment en faveur des jeunes / étudiants.
3. **Encourager le développement de jardins collectifs**. Actuellement, la communauté de communes Cœur du Jura compte trois jardins de ce type, répartis chacun sur un bourg centre, avec des dynamismes divers.

¹ Les Centres d'initiative pour valoriser l'agriculture et le milieu rural (CIVAM), constitués en réseau, sont des groupes d'agriculteurs et de ruraux qui travaillent ensemble à la transition agro-écologique, pour des campagnes vivantes.

4. **Rapprocher les acteurs de la production agricole et de l'aide alimentaire**, alors que certains producteurs agricoles font état d'un gaspillage au champ, avec une incapacité ponctuelle à écouler leurs produits (pilotage confié au CIVAM et à Active)
5. **Créer une Maison de l'alimentation**, implantée à Arbois pour le « cuisiner ensemble » et mettre en place une épicerie solidaire.
6. **Créer un guide des producteurs locaux**

[82] Le point d'étape présenté à la conférence des maires en septembre 2024 précise que la plupart de ces actions étaient en cours de réalisation.

Action portée au titre du Pacte local de solidarité : Fournir une viande locale de qualité aux 9000 bénéficiaires de la Banque alimentaire

Pour fournir des aliments locaux de qualité à ses bénéficiaires, la Banque alimentaire du Jura a démarré une action de production de légumes sur un terrain de 4000 m² mais elle recourt à des marchés nationaux pour s'approvisionner en steaks hachés, au prix de 7,50 € HT/kg. Or il existe dans la commune voisine d'Equevillon l'abattoir Viande Nature Jura qui s'approvisionne en animaux locaux et qui possède un atelier de découpe intégré, permettant de conditionner la viande, de la mettre sous vide et de la congeler. Le prix en sortie des steaks hachés est cependant de 10,50 € HT/kg. L'action vise à apporter les 3 € HT/kg, soit 3,16 € TTC/kg, qui manquent à la Banque alimentaire pour s'approvisionner en steaks hachés à l'abattoir d'Equevillon. Le coût total, à hauteur de 28500 euros, est co-porté à parts égales par l'Etat et le conseil départemental.

5.3 Bilan qualitatif et quantitatif

[83] D'après les documents et les témoignages recueillis par la mission, le principal apport du PAT à ce stade est la mise en réseau des acteurs locaux : producteurs, distributeurs, restauration collective, aide alimentaire. Des actions concrètes de soutien aux filières locales au profit de la population locale ont pu être mises en place et financées (exemple de la compensation du surcoût lié à l'achat de viande locale + mise en relation des producteurs de Comté avec l'aide alimentaire pour écouler une surproduction ponctuelle).

[84] Les élus et services de la communauté de communes se disent très satisfaits du PAT qui a bénéficié de financements conséquents de la part de l'Etat et a permis la mise en œuvre d'actions au bénéfice des acteurs locaux, notamment les agriculteurs. La coordinatrice du PAT, dont le recrutement a été rendu possible par la contractualisation, a joué un rôle déterminant. Le fonctionnement des réseaux d'animation et de coordination (inter-PAT) est jugé satisfaisant.

[85] Le succès du PAT semble tenir tant aux moyens engagés qu'à ses orientations, qui ont croisé des préoccupations déjà largement présentes et discutées au sein de la collectivité autour de la promotion des circuits courts et d'une alimentation de meilleure qualité. Les acteurs de la restauration collective (notamment le SICOPAL implanté à Lons qui fournit près de 7000 repas par jour dans le département) ont joué un rôle d'impulsion clé.

[86] Toutefois certaines actions n'ont pas encore pu être engagées, faute de financements.

5.4 Participation et évaluation par les habitants

[87] Pour l'élaboration du diagnostic préalable à la signature du projet alimentaire territorial, près de 350 habitants ont été interrogés sur leurs habitudes d'approvisionnement, leur conception des produits locaux et leurs préférences.

[88] Des ateliers de concertation organisés en mars et avril 2023 ont réuni plus de 60 participants.

[89] La DRAAF souligne que la question de l'accessibilité de l'alimentation de qualité pour toutes et tous est une question dont s'emparent également les citoyens dans le Jura et plus largement dans la région BFC, notamment autour de l'idée de la Sécurité sociale de l'alimentation. À Arbois, l'association la Pépinière alimentaire a été créée en 2024 pour réfléchir aux questions d'accessibilité au travers d'ateliers collectifs et de conférence.

5.5 Évaluation de la dimension partenariale

[90] Les retours des services de l'Etat sont tous positifs, même si la participation aux projets locaux portés par la communauté de communes prend principalement la forme de la participation aux comités de pilotage. Le Jura est décrit comme un département particulièrement dynamique pour la politique de l'alimentation, soucieux de promouvoir également les volets sanitaire et social de la démarche.

[91] **Coopération interterritoriale (inter-PAT) :** depuis 2021, la communauté de communes Cœur du Jura est engagée au sein d'un réseau d'échange des techniciens des PAT du Département animé par la Chambre d'agriculture du Jura. Composé aujourd'hui de 5 territoires (EPCI ou Pays), il a permis de partager les approches pour le diagnostic et les stratégies. Plusieurs visites d'outils d'envergure départementale ont aussi été organisées pour informer sur leur fonctionnement, capacité et besoins, dans une logique de cohérence territoriale.

[92] Si chaque territoire s'est doté de sa propre stratégie, 4 thématiques transversales ressortent : la question de la logistique, celle des outils de transformation, celle du maraîchage et la mise en commun de références. Un travail collectif a ainsi permis de poser une problématique inter PAT, à savoir : « A l'échelle Jurassienne, les flux de légumes sont inégalement répartis dans le temps et dans l'espace » Cela a permis la rédaction d'un projet soumis à l'appréciation de la DRAAF dans le cadre de l'AAP PRALIM 2023. Ce dernier a été lauréat de l'AAP, permettant le financement d'une animation par la Chambre durant 2 ans. Les territoires se sont également engagés à mettre à disposition du projet un de leurs agents, à raison de 10 jours par an.

5.6 Conclusion et recommandations

[93] La déclinaison du Plan national de l'alimentation dans la communauté de communes du Jura se traduit par des actions concrètes au profit des habitants et acteurs locaux. L'association de volets à la fois économique, sanitaire, social et environnemental semble bien fonctionner. Les orientations nationales ont croisé des préoccupations locales pré-existantes. La culture liée aux coopératives agricoles, prédominantes dans le Jura, peut contribuer à cette dynamique.

[94] La collectivité de communes a réussi à faire converger les axes de travail du PAT avec ceux du CLS, du programme Mieux manger pour tous et du Pacte local des solidarités pour mutualiser *de facto* les moyens financiers et conforter ainsi le plan d'action. Les financeurs veillent de leur

côté, via la constitution partenariale des comités de sélection, à la cohérence des démarches accompagnées par l'Etat. L'enjeu des prochaines années sera de prolonger les orientations du PAT par de nouvelles actions opérationnelles, alors que les financements issus du plan de relance sont arrivés à échéance.

6 Prévention Jeunesse – Ville de Dole

Nom du Projet : Dispositif de prévention en faveur des jeunes

Collectivité et service qui portent le projet : Ville de Dole (DGS, centre social)

Date de début du projet : 2014

Date de fin du projet (ou état actuel) : inscrit dans le contrat de ville 2024-2030

Responsable(s) du projet : DGS en tant que responsable de tous les services qui y concourent

6.1 Contexte et objectifs initiaux du projet

[95] Lors de son élection en tant que Maire de Dole en 2017, JB. Gagnoux s'est particulièrement intéressé à la situation du quartier politique de la ville de Dole, le quartier des Mesnils Pasteur. Ce quartier de 2800 habitants est situé à la périphérie de Dole et coupé par deux grands axes routiers, mais bien desservi par des lignes régulières de bus. Des communautés algériennes, marocaines et turques sont très présentes depuis de nombreuses années dans ce quartier et structurent les relations sociales. Les habitants sont peu mobiles, comme l'illustre le fait que certains adolescents n'ont jamais été dans le centre-ville de Dole.

[96] Le quartier est marqué par la présence de trafics de drogues, avec une emprise toutefois plus faible que dans des départements voisins, et par la prégnance des questions identitaires et de problématiques de respect des valeurs de la République qui affectent le « vivre ensemble », selon le diagnostic partagé pendant la préparation du contrat de ville 2024-2030. Le Maire de Dole a ainsi évoqué notamment les enjeux liés à l'occupation de l'espace public et aux installations sportives.

[97] Il a par ailleurs été constaté au sein des ateliers du contrat de ville, « une perte d'aller vers », lié au départ de la prévention spécialisée que le conseil départemental du Jura ne finance plus sous cette forme. En l'absence de ces éducateurs de proximité, les animateurs du pôle adolescents du centre social sont de plus en plus orientés vers l'accompagnement des jeunes. Mais certains restent « hors des radars ».

[98] Parmi les dispositifs de la politique de la ville, Dole peut s'appuyer sur un programme de réussite éducative, pour prévenir et lutter contre le décrochage scolaire et, de manière plus générale, accompagner les enfants et les jeunes d'une manière globale, en prenant en compte l'ensemble de leurs besoins éducatifs, sociaux et familiaux. Il n'existe cependant pas de cité éducative à Dole ; le dispositif n'était pas connu des acteurs locaux.

[99] Dans ce contexte, même si elle n'est pas formalisée en tant que telle, la politique de prévention jeunesse de la Ville de Dole prend plusieurs formes.

[100] D'une part, le Contrat de Ville 2024-2030 reprend l'un des axes de travail prioritaires du Maire : « **Soutenir l'éducation spécialisée** », déclinée en plusieurs orientations : développer l'accompagnement des jeunes les plus précaires et de leur famille ; avoir une attention particulière

pour les pré-adolescents ; développer une présence accrue sur le quartier durant les temps sensibles ; renforcer le travail en partenariat avec les acteurs jeunesse ; soutenir les projets de prévention dans les structures éducatives (écoles, collège, lycée) grâce au théâtre forum. L'axe de travail suivant du contrat de ville se décline dans l'objectif de faciliter le partage de l'espace public par des projets adaptés pour chacun et redonner leur place aux femmes et aux jeunes filles.

[101] D'autre part, des actions sont conduites pour **améliorer la santé mentale des jeunes**, notamment dans le cadre du contrat local de santé du pays dolois et avec financement par l'ARS (dans les axes améliorer la coordination entre professionnels de santé autour du parcours patient et renforcer la prévention et la lutte contre les conduites à risque).

[102] Enfin, le Maire de Dole porte l'ambition de **renforcer le soutien à la parentalité** par la création, au printemps 2025, d'une Maison de la parentalité, implantée dans le centre de Dole. Ce projet s'inscrit dans la continuité de l'engagement de la Ville de Dole en faveur de la bienveillance éducative dans les structures petite enfance gérées par la collectivité. Des salons de la petite enfance et des familles sont organisés régulièrement par la Ville depuis 2017 ; en 2022, un premier festival des parents et des enfants. Le choix du lieu d'implantation de la Maison de la parentalité est lié à la vocation généraliste du dispositif ainsi qu'à la volonté d'inciter les habitants du quartier des Mesnils Pasteur à aller aussi dans le centre-ville (constat positif de l'impact du déménagement de la PMI à proximité de l'Hôtel de Ville).

6.2 Description du projet

[103] Actions principales réalisées :

- **La consolidation du centre social Olympe de Gouges**, situé dans le quartier des Mesnils-Pasteur, porté par la Ville de Dole depuis 2015 (reprise de l'activité d'une association). Le centre social Olympe de Gouge est depuis fin 2021 une antenne France Service. Celle-ci représente un atout en termes de mixité du public et de services publics aux habitants du quartier. La fréquentation de cet espace France Service est très importante. Un nouveau directeur a pris ses fonctions récemment. Le centre social entretient également des partenariats avec des associations présentes dans la commune, telles que les Loisirs populaires dolois, l'association Saint-Jean et l'association Cité jeunes, afin d'accompagner les jeunes, notamment dans la construction de projets collectifs.
- **Le recrutement en 2024 par la Ville de Dole d'une éducatrice spécialisée** chargée d'interventions en prévention spécialisée auprès des jeunes du quartier des Mesnils Pasteur.
- **Des formations en faveur de la santé mentale des jeunes**. Différentes formations ont été conduites par Promotion santé (ex-IREPS) sur les **Compétences Psychosociales** et par Santé Mentale France sur les **Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM)** permettant ainsi d'enclencher une dynamique et une sensibilisation des professionnels œuvrant sur le territoire (les formations PSSM étant financées à hauteur de 4000 euros à 100% par l'ARS). La mise en place d'une formation PSSM spécifiquement adaptée aux publics jeunes est proposée à compter de la fin 2024 grâce à la formation aux PSSM jeunes du formateur intervenant dans le Jura (formation également prise en charge à 100% par l'ARS). De nouvelles actions avec notamment la présentation de l'application We Care par Promotion santé pourront être proposées également aux accueils jeunes présents sur le territoire.
- **Le montage du projet de Maison de la Parentalité** : ce projet, impulsé par le Maire de Dole, doit conduire à la création au printemps 2025 d'un lieu d'accueil des partenaires engagés

dans le soutien à la parentalité. La CAF a été sollicitée comme partenaire et financeur, une délibération à ce sujet a été présentée au conseil d'administration de la CAF du Jura le 9 décembre 2024.

Description du projet de Maison de la Parentalité :

« L'ambition de la ville de Dole est de créer un lieu unique/identifié pour/par les familles, ayant des enfants de 0 à 18 ans, « une maison de la parentalité » située sur la rive gauche. Cet espace ressources pour les familles et les professionnels permettra de rendre visibles et cohérentes les actions parentalité des services municipaux et des différents partenaires locaux, dans un intérêt commun : le bien-être de l'enfant et de sa famille.

Celle-ci pourra regrouper l'ensemble des dispositifs impulsés par la commune. Elle souhaite coordonner et mettre en place des actions visant à :

- Rendre plus lisible les partenaires qui œuvrent au quotidien sur les axes de la parentalité.
- Proposer des actions liées aux besoins des parents, grands-parents...
- Promouvoir les dispositifs dont les parents auraient besoins

Elle s'adresse à différents publics : parents, futurs parents, grands-parents, beaux-parents, enfants, adolescents, professionnels de santé, éducatifs et acteurs locaux. Elle a pour vocation d'accompagner, soutenir et accueillir les familles, en adéquation avec les objectifs fixés.

Un espace convivial, pour échanger avec d'autres parents ou avec des professionnels tenus à la confidentialité.

C'est un lieu non stigmatisant et déculpabilisant, pour aider les parents à prendre du recul et à trouver des appuis pour l'éducation de leur enfant. »

6.3 Bilan qualitatif et quantitatif

[104] Les élus et les services de Dole font état d'un bilan positif de la politique de prévention en faveur de la jeunesse engagé depuis quelques années, mais ce bilan ne s'appuie pas sur un ensemble d'indicateurs chiffrés liés directement aux actions engagées par la Ville. L'éducatrice de prévention spécialisée, recrutée en septembre 2024, aurait d'ores et déjà une file active d'environ 40 jeunes (réputés « invisibles »). Le programme de réussite éducative comptait 111 enfants inscrits au dispositif en 2023.

[105] Les services de l'Etat interrogés par la mission font tous état d'un fort volontarisme de la Ville de Dole en faveur des habitants du quartier des Mesnils Pasteur et de relations de travail de grande qualité avec le maire et ses services.

6.4 Participation et évaluation par les habitants

[106] Dans le cadre de la préparation du contrat de ville, une concertation avec les habitants a été organisée. Animée par Trajectoires Ressources, centre de ressources territorial, elle a réuni une quarantaine de participants dont une quinzaine de jeunes et des représentants

d'associations. Ils ont pu exprimer leurs besoins et préoccupations pour le quartier des Mesnil Pasteur en présence de la sous-préfète et du Maire de Dole.

6.5 Évaluation de la dimension partenariale

[107] **La CAF** est impliquée via le soutien financier apporté au fonctionnement du centre social ainsi que le soutien à venir du dispositif de Maison de la parentalité. La convention territoriale globale a été signée à l'échelle de la communauté d'agglomération du Grand Dole pour la période 2022-2026.

[108] **La préfecture**, directement concernée par la préparation et désormais la mise en œuvre du contrat de ville 2024-2030, juge l'ensemble de la politique de prévention menée par la Ville très cohérente.

[109] **L'ARS** a engagé des actions et des financements en faveur de la santé mentale des jeunes notamment via le contrat local de santé. Elle finance par ailleurs intégralement la **maison des adolescents (MDA)** portée par le CHS Saint-Ylie. Implantée dans le centre-ville historique de Dole, la MDA constitue un acteur essentiel dans la prise en charge des jeunes en souffrance psychique ; sa fréquentation est en croissance continue depuis son ouverture fin 2022. Le conseil départemental du Jura n'a pas souhaité co-financer ce dispositif. Environ 30% des jeunes pris en charge par la MDA font l'objet d'une mesure de protection de l'enfance. Enfin, conçu sous l'égide de l'ARS et piloté par Promotion Santé BFC, le site **Pass santé jeunes de BFC** fonctionne de façon partenariale depuis de nombreuses années et constitue une ressource pour les jeunes et pour les professionnels².

[110] **La DASEN** n'a pas fait état de relations de travail régulières avec la Ville de Dole, même si les responsables d'établissement entretiennent des contacts réguliers avec les services de la commune. Un PRE est mis en œuvre, avec une coordinatrice présente dans les locaux du centre social. La Ville mène par ailleurs un important chantier de rénovation des groupes scolaires, s'adaptant aux évolutions démographiques et souhaitant pouvoir par ce biais (et celui de la carte scolaire) favoriser la mixité sociale.

[111] **Le conseil départemental** a confirmé son choix de mettre fin au dispositif de prévention spécialisée, en raison de sa volonté de mettre en place une prévention la plus précoce possible, déployée en milieu scolaire, non cantonnée au territoire urbain. Le bilan du dispositif de prévention spécialisée était jugé par ailleurs peu satisfaisant, l'accompagnement des jeunes étant trop tourné, selon l'appréciation portée par le conseil départemental, vers leur insertion. Le conseil départemental a créé trois postes de médiateurs pour des interventions dans les établissements scolaires, désormais vacants. Quant à la Maison des adolescents, le conseil départemental explique son choix de n'apporter aucun concours financier par la situation d'enfants en situation de handicap, confiés à l'aide sociale à l'enfance, dont la prise en charge pèserait uniquement sur le budget du conseil départemental.

6.6 Conclusion et recommandations

[112] Cette politique engagée en faveur des enfants et adolescents de la Ville de Dole, en particulier ceux habitant le quartier politique de la ville des Mesnils-Pasteur, ainsi que de leurs parents, est illustrative de l'importance du portage politique et de l'ensemble des leviers qu'un

² [Pass'Santé Jeunes – Bourgogne Franche-Comté](#)

maire est susceptible d'activer, en partenariat avec les partenaires locaux. Cette politique pourrait toutefois faire l'objet d'une formalisation en tant que telle, afin d'améliorer sa visibilité. La mise en lien plus formelle des différents contrats signés par la Ville de Dole permettrait sans doute d'optimiser la mise en commun des compétences et des moyens à disposition des différents partenaires.

7 Le Plan d'actions unique santé social famille (PLUSSF) – Communauté de communes de La Châtaigneraie

Nom du Projet : Plan d'actions unique santé social famille (PLUSSF)

Collectivité et service qui portent le projet : Communauté de communes du Pays de la Châtaigneraie

Date de début du projet : 6 novembre 2019, approbation du PLUSSF par le conseil communautaire

Date de fin du projet (ou état actuel) : Nouveau PLUSSF signé en décembre 2024

7.1 Contexte et objectifs initiaux du projet

[113] Lancé en 2019, le Plan d'actions unique santé social famille (PLUSSF) du Pays de la Châtaigneraie est une démarche sans équivalent en France, qui a vu la communauté de communes du Pays de la Châtaigneraie, l'ARS des Pays de la Loire et la CAF de Vendée impulser conjointement une dynamique d'efficiency, d'innovation et de renforcement de la cohérence dans les dispositifs de contractualisation. Le PLUSSF regroupe pour ce territoire la convention territoriale générale (CTG) de la CAF et le contrat local de santé (CLS) de l'ARS.

[114] L'objectif est la mise en cohérence des actions connexes santé / jeunesse et famille, et de répondre, par un déploiement d'outils divers relevant de deux opérateurs différents, aux besoins spécifiques de ce territoire et aux projets qu'il entend développer.

[115] Les publics concernés sont très divers : des actions concernent la population générale, d'autres les enfants, les jeunes et les familles, d'autres encore les personnes en situation de handicap et les personnes âgées en perte d'autonomie.

[116] Ce premier PLUSSF a été adopté en 2019. Auparavant, la communauté de communes avait passé des conventions avec la CAF (contrat temps libre en 2000, convention enfance et jeunesse en 2008) et un CLS (en 2015), séparément.

[117] L'initiative de fusionner les deux contrats a en partie été motivée par la volonté de la collectivité, car les actions menées dans les deux contrats concernaient des publics et des thématiques similaires. Ainsi, dans le but d'améliorer le parcours de vie, il a été décidé de fusionner ces deux contrats sous la forme du PLUSSF.

7.2 Description du projet

[118] Le diagnostic partagé, assuré par un prestataire, concernait la totalité du champ en 2019. Il a été cofinancé par la CAF et l'ARS.

[119] La convention a été signée en décembre 2019, pour une durée de 5 ans.

[120] Les actions du PLUSSF portent sur 4 axes :

- Accès aux droits
- Enfance et jeunesse
- Personnes âgées et personnes en situation de handicap
- Prévention en santé

[121] Ces axes donnent lieu à la définition de 29 actions. Un nombre significatif de celles-ci sont reliées à des compétences propres qu'assure le bloc intercommunal (amélioration de l'habitat, mobilité, accès aux droits).

[122] La CAF et l'ARS ont su se coordonner et aligner les durées respectives de leurs outils contractuels (3 ans et 5 ans initialement).

[123] Le financement de la coordination du PLUSSF, s'élevant globalement à environ 70 K€ par an (soit 337 K€ sur 5 ans) est réparti entre l'ARS (132 K€ sur 5 ans), la CAF (63 K€) et l'EPCI (141 K€).

[124] L'animation du PLUSSF est assurée par une équipe projet constituée d'une coordinatrice « Action sociale et CLS » et d'un coordinateur « Enfance – jeunesse ». La CTG finance 0,5 ETP et le CLS 1 ETP.

[125] La convention prévoit la réunion, au moins une fois par an et au tant que besoin, d'un comité de pilotage stratégique, d'un comité opérationnel (rebaptisé comité technique) qui s'est réuni trois fois chaque année. Ainsi que d'un comité local des partenaires, associant l'EPCI, les partenaires financeurs et tous les porteurs d'actions du PLUSSF. Celui-ci s'est réuni, comme le comité de pilotage stratégique, une fois chaque année (à l'exception de 2020 pour cause de Covid-19).

[126] Le PLUSSF est passé pour 5 ans. Une évaluation intermédiaire à 3 ans a été effectuée et une évaluation finale a été réalisée, de manière détaillée.

7.3 Bilan qualitatif et quantitatif

[127] Le premier PLUSSF a fait l'objet d'une évaluation complète en 2024, appuyée sur la réalisation de 3 comités techniques, d'un 1 comité stratégique, de 17 entretiens individuels, de 2 tables rondes (consacrées aux thématiques « bien vivre au pays de La Châtaigneraie » et santé mentale) et d'un questionnaire tout public, qui a reçu plus de 100 réponses. Le questionnaire présentait l'intérêt de détailler la situation des répondants au regard des objectifs du PLUSSF. Ainsi, 11% se disaient sans médecin traitant, plus de la moitié exprimait des difficultés à se soigner, dont 84% par défaut d'offre.

[128] Pour l'EPCI, le PLUSSF est à l'origine d'autres initiatives, et a eu un effet d'entraînement lié à la consolidation des partenariats et de la confiance (sur le développement de la maison France services, puis sur la participation à l'appel à projet territoires zéro non-recours).

[129] L'état des lieux réalisé en 2019 a été repris point par point en 2024, pour déterminer les évolutions et les changements éventuels sur les indicateurs sanitaires, sociaux et économiques. Les responsables de l'EPCI signalent que ce nouveau diagnostic est réalisé par les services de l'EPCI eux-mêmes, sans avoir recours à un prestataire comme en 2019, avec l'appui de ses partenaires. Il

a nourri le deuxième PLUSSF de la communauté de communes du Pays de La Châtaigneraie, adopté en décembre 2024.

[130] Ce nouveau document s'inscrit, d'après l'EPCI, dans l'esprit du précédent, et reconduit la plupart des actions qui ont été reportées ou simplement engagées. Cette évaluation a permis de revoir les axes stratégiques et le réorganiser en trois blocs, avec des fiches action plus complètes, transversales pour certaines, et englobant le parcours de vie de la naissance à la vieillesse.

[131] Sur la forme, ce nouveau PLUSSF 2025-2029 ne comporte plus que 20 actions, regroupées sur 3 axes : accès aux soins, parcours de vie sur le territoire (regroupe les axes 2 et 3 du précédent PLUSSF), et prévention.

7.4 Participation et évaluation par les habitants

[132] Un questionnaire de bilan a été réalisé auprès des habitants du Pays de La Châtaigneraie, par le biais des partenaires. En outre, ont été tenues des tables rondes. 100 réponses ont été réunies, avec possibilité de conserver l'anonymat et possibilités d'être accompagné pour répondre.

[133] L'enquête a conforté les besoins perçus, et la priorité donnée à l'accès à la santé notamment. De nouvelles thématiques ont émergé sur la prévention comme le harcèlement scolaire ou les questions d'addiction aux écrans.

7.5 Évaluation de la dimension partenariale

[134] Les partenaires principaux sont l'EPCI, la CAF et l'ARS des Pays de la Loire. Le PLUSSF 2019-2024 vise par ailleurs un très grand nombre de partenaires (une cinquantaine) qui sont en réalité un recensement des acteurs ressources sur le territoire, pour les politiques concernées (acteurs du soin, du champ social, services de l'Etat, etc.).

[135] Dans le cadre du bilan réalisé en 2024, des entretiens individuels ont été menés avec de nombreux partenaires du PLUSSF (MSA, établissements scolaires, CPTS, hôpital, ADMR, etc.). L'ensemble des partenaires consultés par la mission ont fait un retour très positif sur cette initiative, qui a essaimé sur l'ensemble du territoire vendéen. Si les PLUSSF peuvent être relativement lourds (jusqu'à 200 pages) ils réunissent un consensus autour de leur capacité à définir et mettre en œuvre des actions transversales, non stéréotypées, répondant aux projets et aux aspirations des EPCI qui les portent.

[136] D'après l'EPCI, le PLUSSF lui a permis d'être mieux identifié par certains partenaires en allant à leur rencontre sur le territoire (sur la santé mentale, le handicap, le grand-âge). Il a permis à la communauté de communes de se positionner sur certains sujets. « S'ils ont l'expertise, on peut mettre du lien ».

7.6 Conclusion et recommandations

[137] L'outil apparaît comme le support d'une véritable conférence territoriale des acteurs impliqués dans les politiques sociales, quel que soient leurs statuts (administrations, professionnels de santé, milieu scolaire, etc.).

[138] La taille de l'EPCI (16.000 habitants) est perçue comme un atout pour connaître finement les besoins de la population, en permettre une synthèse utile et être un réel acteur du lien.

[139] L'initiative a incontestablement fait école, et permis globalement un bon développement des conventions de partenariat dans un territoire qui montre de l'appétence pour ces dispositifs : les premiers CLS remontent à 2013, et on compte deux fois plus de CLS en Vendée qu'en Mayenne ou dans la Sarthe. Les EPCI sont volontaires par mimétisme.

8 La Maison France services du Pays de la Châtaigneraie – Communauté de communes de la Châtaigneraie

Nom du Projet : Maison France services

Collectivité et service qui portent le projet : Communauté de communes du Pays de La Châtaigneraie

Date de début du projet : 2019

Date de fin du projet (ou état actuel) : en cours (ouverture de la nouvelle MFS en 2022)

Responsable(s) du projet : Responsable du pôle services à la personne

8.1 Contexte et objectifs initiaux du projet

[140] La Maison France Services (MFS) entend répondre à la problématique de l'accès aux droits, bien identifiée dans les travaux de diagnostic préalables à la passation de la première convention PLUSF en 2019. La création de la MFS en 2020 entre dans un continuum d'initiatives destinées à assurer cet accès aux droits (de la création d'une Maison de services au public -MSAP- en 2016 à l'initiative territoires zéro non-recours en 2023).

[141] La mise en place de la maison France services est une des actions du PLUSF. Il s'agit d'un guichet unique donnant accès dans un seul et même lieu aux principaux organismes de services publics (ministère de l'Intérieur, ministère de la Justice, Finances publiques, Pôle emploi, Assurance retraite, Assurance maladie, CAF, MSA et la Poste notamment).

[142] Le projet a d'abord consisté à rapprocher MSAP et centre de services de proximité, matérialisé par la réimplantation de la structure dans le centre de La Châtaigneraie en septembre 2022. Une seconde étape repose désormais sur la conduite de l'expérimentation « Territoire zéro non-recours » dans le cadre de la Maison Frances Services.

[143] Dans le contexte de la redynamisation de la ville centre du territoire, la Communauté de communes avait engagé en 2016 une opération d'acquisition et d'aménagement d'un bâtiment pour le convertir en un centre de services destiné à accueillir notamment la MSAP. La MSAP a été labellisée en juin 2016 avec 14 services publics partenaires, et assurait un accueil hebdomadaire de 35h. Un premier déménagement a été effectué en 2017, et en 2018, on recensait 22 opérateurs partenaires et 400 passages par mois. L'opération, de 340 K€, a été subventionnée à 70% par des partenaires (elle était menée conjointement avec la création d'une galerie commerciale à La Châtaigneraie, opération immobilière d'un million d'euros).

[144] Depuis 2017, des rencontres plénières bisannuelles d'un réseau d'accès aux droits sont organisées sur le territoire, réunissant l'ensemble des acteurs socioprofessionnels y intervenant.

[145] La MSAP est devenue « France Services » en 2020 et a emménagé dans ses locaux actuels en 2022.

8.2 Description du projet

- La MFS a 4 missions :
 - Accueil, information et orientation
 - Accompagnement à l'utilisation des services en ligne et montée des compétences numériques
 - Aide aux démarches administratives
 - Mise en relation avec les partenaires
- La MFS a eu plusieurs prolongements récents du point de vue de l'accès aux droits :
 - L'initiative territoire zéro non-recours (TZNR), fondée sur un appel à projet de la DGCS dont l'EPCI a été lauréat en 2023, et qui se traduit notamment par la création d'un poste d'animatrice, la mise en place de Lieux d'information et d'écoute numérique et solidaire (LIENS), ainsi que des actions d'aller-vers.
 - La mise en place d'une itinérance par le conseiller numérique financé par l'Etat en 2021 dans le cadre du plan de relance et dont l'action a été prolongée dans des services itinérants à la population.
- TZNR

[146] La Communauté de communes a été retenue sur l'appel à projets national « Territoires Zéro Non-Recours » (TZNR), lancé en 2023, parmi 38 autres lauréats. Cette expérimentation s'inscrit dans le cadre du nouveau pacte des solidarités, résultant de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. La CAF avait initialement pensé inscrire une autre collectivité dont les indicateurs sont plus dégradés, mais le dynamisme au long cours du Pays de La Châtaigneraie l'a emporté.

[147] D'une durée de 3 ans, l'initiative est financée à hauteur d'environ 400.000 € par l'Etat (85%) et par la CAF (15%). L'objectif est d'aller vers les potentiels non-recourants. Au niveau national, la DREES estime que le taux de non-recours est de 34% pour le RSA, 50% pour l'ASPA, 30% pour l'assurance chômage, 32% pour la CSS gratuite (et 72% pour la CSS contributive).

[148] L'expérimentation se décline en plusieurs phases pilotées par l'EPCI : diagnostic du non-recours et de ses causes sur le territoire ; mise en place de lieux d'informations communaux ; communication sur les ressources mobilisables et accompagnement individuel. Le comité de pilotage de cette expérimentation est couplé aux rencontres plénières bisannuelles du réseau d'accès aux droits existant depuis 2017. La gouvernance partagée permet de croiser les données possédées par les partenaires et de faciliter le repérage des situations. Une animatrice est arrivée fin 2023 dans la collectivité spécifiquement pour cette expérimentation.

[149] Depuis 2023, la mise en place des LIENS (Lieux d'information et d'écoute numériques et solidaires) dans 13 communes (sur 14 que comportent la Communauté de communes), répond au besoin d'aller-vers au plus près de la population. Des bénévoles y tiennent des permanences régulières pour orienter les personnes qui les sollicitent vers l'animatrice. Les LIENS vont également expérimenter la prise de rendez-vous effectuée par les secrétaires de mairie, à l'accueil,

et permettre l'utilisation du matériel informatique mis à disposition pour un accès en libre-service par les usagers, afin de réaliser des démarches en ligne, pour ceux dont le frein à l'accès aux droits serait l'accès à l'outil uniquement (sans besoin d'accompagnement). Un partenariat est aussi engagé avec La Poste pour que les facteurs [...] remettent un flyer sur le dispositif et prennent les coordonnées des personnes intéressées pour une mise en relation avec l'animatrice. L'acquisition d'un véhicule d'animation aménagé est envisagée pour juin 2025.

- L'itinérance du conseiller numérique

[150] En 2022, le conseiller numérique a organisé sa présence en itinérance sur plusieurs communes du territoire pour assister les habitants dans l'utilisation des outils numériques, par des appuis individuels et des opérations collectives. En 2023, l'itinérance a été recentrée sur 4 implantations afin de lui donner une meilleure visibilité.

[151] La Maison France services (MFS) de La Châtaigneraie est un service de la Communauté de communes du Pays de la Châtaigneraie. 5 personnes y travaillent, dont une est aussi animatrice spécifiquement de l'initiative TZNR et un conseiller numérique.

[152] Le local dispose d'un espace multimédia, de dispositifs de visioconférence avec les partenaires.

- Calendrier :

- Ouverture de la Maison de Service au Public (MSAP) à la Communauté de communes au 1er juin 2016
- Labellisation de la MSAP en France Services le 1er janvier 2020
- Ré-emménagement au centre de services communautaire à La Châtaigneraie le 1er septembre 2022
- EPCI lauréat de l'appel à projets TZNR en 2023

8.3 Bilan qualitatif et quantitatif

[153] La maison France Services de La Châtaigneraie a une activité dynamique. En 2023, elle a organisé 15 événements, réalisé 908 accompagnements à l'utilisation du numérique et 324 accompagnements de projets professionnels (reconversions, demandeurs d'emploi, ...). Les agents France Services ont effectué près de 7000 accompagnements individuels tandis que les partenaires y ont assuré près de 3.300 rendez-vous.

[154] La fréquentation de la MFS a triplé en 2 ans, passant de 4000 visites en 2021 à plus de 11.400 en 2023. Environ 60% des visites concernent l'accompagnement assuré par la Maison France Services en propre, tandis qu'un peu moins de 30% des visites sont liées à des prises de rendez-vous par les 23 partenaires qui utilisent les locaux de La Châtaigneraie dans ce but (dont la CARSAT, la CAF, la MSA, le Conseil départemental, la mission locale, la Maison des adolescents et récemment la DDFIP, qui occupe de loin la première place parmi les organismes actionnés dans le cadre de la Maison France Services).

Tableau 1 : Nombre de visites annuelles à la Maison France services

	2021	2022	2023	% en 2023
Accompagnement propre à France Services	2151	3776	6929	60,6%
Conseiller numérique	78	765	908	7,9%
Conseiller emploi	42	151	324	2,8%
Rendez-vous partenaires	1732	2597	3274	28,6%
Total fréquentation Maison France Services	4003	7289	11435	100,0%

Source : Communauté de communes de la Châtaigneraie

[155] Le bâtiment accueille également des événements organisés par les partenaires (ateliers bien vieillir de la MSA, ateliers d'accès aux droits pour les demandeurs d'emploi, etc.)

[156] L'EPCI estime que la MFS est désormais entrée dans les habitudes de la population, et rend un service irremplaçable. Les projets d'aller-vers sont motivants et portés. Le ré-emménagement du service place de la République à La Châtaigneraie a permis selon elle une meilleure visibilité et connaissance du service. Des ateliers collectifs ont pu se développer également avec deux nouvelles salles de réunion dans les locaux. De même, l'itinérance du Conseiller Numérique sur les communes du territoire a concouru à la promotion de la France services.

[157] L'éloignement d'une partie du public accompagnée face aux outils et démarches numériques, ainsi que la forte fréquence de passages rendent parfois difficile l'autonomisation souhaitée pour les personnes dans les démarches. Toutefois, l'action du conseiller numérique dans les communes montre que les demandes de soutien individuel diminuent à mesure que les ateliers collectifs d'aide à l'usage des outils numériques se déploient. Pour l'avenir, les représentants de l'EPCI formulent un souhait de rapprochement partenarial entre l'action de la MFS et celle de la Maison départementale des solidarités et des familles (MDSF, antenne sociale du conseil départemental) particulièrement dans les démarches d'accès aux droits.

[158] En ce qui concerne l'initiative TZNR, le bilan réalisé lors du comité de pilotage d'octobre 2024 met en évidence une montée en puissance du dispositif. 79 personnes ont été accompagnées, parmi lesquelles 18 ont vu leurs droits reconnus (22.600€ d'aides débloqués) : prime d'activité, CSS, pension de réversion, RSA notamment. 34 dossiers sont en cours d'instruction par les services administratifs qui ont été saisis au titre du dispositif.

[159] Pour la CAF, les échanges seraient facilités avec l'arrivée d'un protocole de transmission des données en cours de travail à la DGCS.

8.4 Participation et évaluation par les bénéficiaires

[160] En 2024, afin de connaître les profils des non-recourants et de définir les causes de non-recours, une enquête diagnostic sur l'accès aux droits a pu être diffusée à la population du territoire. Celle-ci s'est déroulée en janvier-février 2024, en supports numérique ou papier. A ce jour les résultats qui en ressortent sont les suivant : 575 retours, soit un taux de réponse de 7,01 % (sur 8200 foyers) pour un objectif initial fixé entre 2,5 et 5 %.

[161] A l'occasion de l'évaluation du PLUSSF, en 2024, les habitants de la communauté de communes ont été interrogés sur leur perception de l'espace France services et sur l'initiative

territoire zéro non-recours. L'espace France services est bien repéré par les habitants qui n'hésitent pas à solliciter les agents en cas de besoin, leur parcours est ainsi facilité.

[162] S'agissant de Territoire Zéro Non Recours, les attentes autour du dispositif pour le prochain PLUSSF sont de continuer le développement du dispositif en s'appuyant sur les réseaux existants, de développer l'itinérance et les ateliers d'aller vers, de créer du lien entre les non-recourants détectés et la santé (un kit de détection est en construction), le parcours des enfants/jeune et la parentalité, de poursuivre l'ouverture des LIENS dans chaque commune.

8.5 Évaluation de la dimension partenariale

[163] La MFS mobilise 30 partenaires dont 11 opérateurs nationaux (Finances publiques, assurance maladie, CAF, France travail, MSA, CARSAT, etc.) et 19 partenariats locaux (SPIP, mission locale, etc.) ; ainsi que 3 services communautaires intégrés (relais petite enfance, conseil emploi, conseil numérique).

[164] En parallèle de l'accueil et de l'accompagnement assuré par la MFS, 23 organismes assurent des permanences au sein de l'espace, de manière régulière ou ponctuelle, avec ou sans rendez-vous.

[165] Dans le projet, le rôle du sous-préfet a été décrit comme moteur pour l'aide au projet, et dans la candidature de l'EPCI à l'appel à projets TZNR.

[166] L'évaluation du PLUFSS met en évidence des retours positifs des partenaires, et ceux que la mission a rencontrés sont positifs.

[167] Les retours relatifs à l'expérimentation TZNR sont positifs mais mentionnent la nécessité de bien articuler ce dispositif d'accès aux droits avec les dispositifs de lutte contre le non-recours propres à chacun des partenaires.

8.6 Conclusion et recommandations

[168] L'expérience MFS puis TZNR s'inscrit dans la continuité du PLUSSF. Elle témoigne d'un effet d'entraînement et d'approfondissement des initiatives portées par des partenariats, qui permet l'identification de nouvelles problématiques et de nouvelles idées à partir d'une réalité partagée (enclavement, pauvreté et précarité relatives). Le travail des animateurs issus du PLUSSF apparaît déterminant dans cet effet d'entraînement.

9 Le centre de ressources territorial de La Roche-sur-Yon – Centre intercommunal d'action sociale de La Roche-sur-Yon

Nom du Projet : Centre de ressources territorial (CRT)

Collectivité et service qui portent le projet : CIAS de l'agglomération de La-Roche-sur-Yon

Date de début du projet : Le CRT a été mis en place le 1^{er} avril 2023, et transféré au CIAS le 1^{er} janvier 2024

Date de fin du projet (ou état actuel) : Non déterminée

Responsable(s) du projet : chef de projet dédié agent de la communauté d'agglomération

9.1 Contexte et objectifs initiaux du projet

[169] Le projet est motivé par la nécessité d'assurer le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. En outre, il permet à la collectivité de prolonger une expérimentation précédente (DIVADOM) avec des moyens supplémentaires de l'Etat.

9.1.1 Contexte et cadre juridique

[170] L'offre d'accueil en EHPAD et habitat intermédiaire est significative sur le territoire intercommunal tout en étant considérée comme insuffisante au regard des besoins actuels et futurs. Le CRT doit permettre de compléter cette offre tout en répondant aux souhaits des familles en développant le maintien à domicile.

[171] Définie par l'article L. 313-12-3 du Code de l'action sociale et des familles, la mission de CRT consiste : « en lien avec d'autres professionnels des secteurs sanitaire et médico-social du territoire chargés du parcours gériatrique des personnes âgées, [à développer] des actions visant à :

1° Aider les professionnels du territoire intervenant auprès des personnes âgées, notamment afin de les soutenir dans l'exercice de leurs missions, d'organiser des formations, de mettre les ressources humaines et les plateaux techniques de l'établissement à leur disposition ou de mettre en œuvre des dispositifs de télésanté leur permettant de répondre aux besoins ou d'améliorer le suivi des patients résidant dans l'établissement dès lors que la présence physique d'un professionnel médical n'est pas possible ;

2° Accompagner, en articulation avec les services à domicile, les personnes âgées ne résidant pas dans l'établissement ou les aidants, afin d'améliorer la cohérence de leur parcours de santé et de leur parcours vaccinal, de prévenir leur perte d'autonomie physique, cognitive ou sociale et de favoriser leur vie à domicile. A ce titre, ils peuvent proposer une offre d'accompagnement renforcé au domicile, incluant des dispositifs de télésanté. Lorsqu'ils ont une mission de centre de ressources territorial, les établissements reçoivent les financements complémentaires [...] ».

9.1.2 Objectifs

[172] D'après la délibération du CIAS du 5 juin 2024, les objectifs du CRT sont :

- de permettre le maintien à domicile des personnes âgées qui le souhaitent
- de faire tomber les barrières entre EHPAD et domicile
- de renforcer l'attractivité des métiers et des parcours professionnels

[173] Le public cible est constitué par les personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie et leurs aidants sur le territoire de la communauté d'agglomération. Ce sont les personnes relevant des GIR 1 à 4 et qui souhaitent vivre à domicile et être accompagnées.

[174] Au départ, la ville de La Roche-sur-Yon était engagée dans le dispositif DIVADOM (Dispositif Innovant de Vie A DOMicile) à la suite d'un appel à candidatures de l'ARS. DIVADOM consistait à permettre à une vingtaine de personnes en situation de dépendance, de vivre en sécurité chez elles tout en bénéficiant d'un panier de services consistant notamment à entretenir des liens sociaux et à soutenir les aidants. DIVADOM était porté par l'association ADAMAD en partenariat avec le CCAS et l'Agglomération de La Roche-sur-Yon. L'expérimentation, prévue pour durer 3 ans, a commencé en avril 2022.

[175] Le CRT résulte d'un nouvel appel à candidatures lancé par l'ARS, auquel le CIAS a répondu en septembre 2022, sur la base d'un cahier des charges national (arrêté du 27 avril 2022). La candidature a été validée début 2023 pour mettre en place un CRT d'abord à l'échelle de la Ville de La Roche-sur-Yon, puis de l'ensemble du territoire de l'agglomération. Juridiquement, c'est le CCAS de la ville qui est porteur jusqu'au 31 décembre 2023, puis le CIAS à compter de 2024.

[176] L'objet évolue en même temps qu'il s'étend : il s'agit de mettre l'expertise de l'EHPAD au profit du domicile pour améliorer l'accompagnement. Le dispositif permet aussi « de proposer un peu d'EHPAD dans le quotidien des personnes à domicile » et de faciliter les transitions par une ouverture EHPAD sur l'extérieur. Il s'inscrit dans le cadre du schéma gérontologique adopté en 2023 par le CIAS de la Roche-sur-Yon (concomitamment au transfert de la gestion des EHPAD locaux aux CIAS).

9.2 Description du projet

[177] Le CRT est avant tout une équipe de 7 personnes, qui ont pour fonction d'organiser les réponses pour l'accompagnement de la personne âgée dans sa vie quotidienne. Le CRT est constitué d'une équipe expérimentée : médecin coordinateur, une infirmière ressources, trois aides-soignantes expertes, des temps partiels de psychologue et d'ergothérapeute.

[178] Doté d'un financement pérenne de 400 000 € par l'ARS non au titre du FIR mais d'un financement permanent de l'assurance maladie, il doit permettre de déployer deux volets :

- volet 1 : favoriser l'accès aux soins et à la prévention, lutter contre l'isolement et contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles ;
- volet 2 : pour une trentaine de personnes âgées, sécuriser l'environnement de la personne, gérer des situations de crise, soutenir les aidants, assurer un suivi renforcé autour de la personne, une continuité du projet de vie. Sur ce dernier volet, son objet est de proposer :
 - Une coordination renforcée des acteurs intervenant à domicile ;

- Une offre de services complémentaire (accompagnement renforcé) ;
- La mise en place d'un interlocuteur unique pour les bénéficiaires et les aidants.

[179] Le projet repose sur une équipe d'infirmière et aides-soignantes expertes en gérontologie. Sa mission est de coordonner et non de faire à la place des acteurs du domicile. Le CRT fait le lien entre intervenants et intervient directement en réponses à des crises (décès du conjoint, chute, dégradation de l'état des personnes, désaccord au sein des familles, etc.).

[180] Le CRT est le premier de Vendée. A l'horizon 2028, il est prévu de créer 500 CRT en France. A date, on en compte 164 sur le territoire national. En Vendée, un deuxième CRT est attendu à Montaigu et un troisième sans doute aux Sables d'Olonne. Le projet national est de réaliser un maillage de 100% territoire français, qui pourrait impliquer que le territoire du CRT de La Roche-sur-Yon soit étendu à terme pour participer de la couverture de la totalité du territoire vendéen. L'appel à projet lancé par l'ARS en octobre 2024 cible 6 CRT sur le département, avec la nécessité de couvrir 3 territoires d'EPCI non encore couverts, dont deux contigus au territoire de l'agglomération yonnaise.

[181] Une ébauche de réseau des CRT se met en place progressivement. Les professionnels rencontrés par la mission rapportent que les contenus des services offerts et la structuration de ces unités apparaissent très hétérogènes d'un CRT à l'autre.

[182] Le projet se substitue à DIVADOM, porté par l'ADAMAD, qui était subventionné à hauteur de 60.000€ par l'ARS, alors que le CRT est financé à hauteur de 400.000 € en plus des dotations de soins de l'ARS. Le CIAS indique dans sa délibération de juin 2024 : « En synthèse, le CRT doit assurer les mêmes prestations que celles déjà prévues par le dispositif DIVADOM (en les renforçant et en accompagnant cette fois non plus 20 personnes mais 30 minimum), en y ajoutant : - des actions permettant de faciliter l'accès aux soins ; - des actions permettant d'améliorer les pratiques professionnelles et la qualité de l'accompagnement ». La continuité entre les deux projets très rapprochés dans le temps est évidente : le chef de projet de DIVADOM est devenu chef de projet CRT, en changeant d'employeur (de l'ADAMAD à la communauté d'agglomération).

[183] Le CRT est un service rattaché au CIAS, partagé avec la ville et l'agglomération, au sein de la direction de l'autonomie. Il est réputé appartenir, juridiquement, à l'EHPAD Moulin-Rouge mais il s'est révélé géographiquement plus proche de l'EHPAD St André (les locaux sont distincts).

[184] Le projet couvre le financement de 6,5 ETP avec 400.000€. Les 5 agents à temps plein relèvent de la CA : 1 chef de projet, 1 IDE, 2 aides-soignantes et 1 assistant de soins en gérontologie. Sont décomptés aussi les temps d'autres professionnels :

- Chargée de mission attachée territoriale : 0,8 ETP, non reconduit à partir de 2024
- Médecin coordonnateur : 0,1 ETP
- Psychologue 0,2 ETP
- Ergothérapeute : 0,2 ETP

[185] Sur le volet 2, le CRT implique des visites 1 à 2 fois par semaine des personnes à domicile par les AS du dispositif.

[186] Au départ le temps de coordination administrative des aides-soignantes est estimé à 5%, or il est désormais de 45%.

[187] Le projet a connu :

- une phase d'ingénierie entre avril et juillet 2023 (outils 2022-2, communication et partenariats, mise en place matérielle – véhicules bureaux fiches de postes) ;
- une phase de montée en charge entre septembre et décembre 2023 : arrivée des personnels, commissions d'admission, démarrage des accompagnements, formation collective des professionnels, enquête participative sur les freins à l'accès aux soins et à la prévention) ;
- une phase de fonctionnement dans le cadre du CIAS depuis 2024. En juin 2024, le CIAS a validé : le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement de la mission d'accompagnement renforcé et le document individuel de prise en charge dans les formes qui avaient été celles adoptées par la ville un an auparavant ;
- En 2025 est prévue l'extension du volet 2 du dispositif, jusqu'à présent limité au territoire de la ville, au niveau de l'agglomération.

9.3 Bilan qualitatif et quantitatif

[188] Sur le T4 2023, 384 visites à domicile effectuées et 767 actions donnant lieu à transmission : surtout des actions d'organisation et de coordination (40%), de soutien aux aidants (30%) et de maintien du lien social – sorties et animations en EHPAD (20%).

[189] Les premières orientations sont effectuées par des structures qui étaient déjà partenaires DIVADOM (CCAS de La Roche-sur-Yon et SAD de l'ADAMAD). Le suivi de tous les anciens bénéficiaires DIVADOM a été repris par le CRT avec les 3 commissions d'admission organisées au dernier trimestre 2023.

[190] Le Copil de mai 2024 précise que 29 personnes sont bénéficiaires à date dans le cadre du volet 2 (contre 22 fin 2023). 45% des bénéficiaires 2023 étaient de GIR 4. 82% de plus de 80 ans, 73% de femmes.

[191] L'ARS des Pays de la Loire demande pour l'avenir que soient accompagnées une cinquantaine de personnes, alors que cahier des charges dit 30 minimum, dans le cadre de l'appel à projets lancé en octobre 2024.

9.4 Participation et évaluation par les habitants

[192] Le projet de CRT se place dans une logique d'évaluation. Un RETEX est fait au copil du 28 mai 2024 sur la participation des bénéficiaires CRT aux animations en EHPAD. Il est dit que les transports restent compliqués faute de partenaire et que la participation aux repas initialement prévue n'est pas mise en œuvre à ce stade. Sur l'organisation de l'accueil d'urgence, une fiche décrit la solution retenue d'utiliser les chambres des différents EHPAD du CIAS laissées disponibles de manière interstitielle. Un document de réflexion porte sur les analyses de pratique des intervenants à domicile dans le cadre des services à domicile (SAD).

[193] A l'initiative de la mission, un atelier a réuni le 21 janvier 2025 les parties prenantes du projet CRT : aidants, équipe du CRT, élues de la CA de la Roche-sur-Yon, élue et cadres du conseil départemental, partenaires (CPTS, ADMR, DAC, ADAMAD, HAD, Promotion santé...). Ce temps d'échange a été l'occasion de reconstituer, selon une frise chronologique, les grandes étapes de genèse et de consolidation du dispositif puis de croiser les regards sur son fonctionnement, en soulignant tant son apport (en particulier en termes de sécurisation des personnes âgées en perte

d'autonomie et leurs proches mais aussi des aides à domicile) que ses limites (suivi des cas les plus complexes).

9.5 Évaluation de la dimension partenariale

[194] Le projet s'est construit sur la base des lettres d'engagement de plusieurs partenaires : ADAMAD, ARS Pays de la Loire, HAD Vendée, DAPS85 (DAC), CHD Vendée, CPTS Centre et ADMR Vendée. Le comité de pilotage comprend ces partenaires, le CIAS et des représentants de la direction de l'autonomie du conseil départemental. Le COPIL s'est réuni trois fois en 2023 ainsi qu'en 2024.

[195] Le partenariat avec l'ARS est décrit comme excellent. Néanmoins les modifications en cours de projet apparaissent comme des éléments potentiels de perturbation :

- Une extension de périmètre est projetée à compter de début 2025, et devrait voir à la fois le CRT se déployer sur le territoire intercommunal de l'agglomération, et à terme intégrer d'autres territoires contigus afin de participer à la couverture de l'intégralité de la Vendée.
- Par ailleurs, l'ARS a demandé au CRT d'élargir le nombre cible de personnes accompagnées au titre du volet 2 d'une trentaine à une cinquantaine de personnes.

[196] Ces demandes sont effectuées dans l'optique d'un maintien de la dotation ARS inchangée à 400.000€ annuels, ce qui questionne le niveau de l'accompagnement attendu à moyen terme.

[197] Le partenariat avec le conseil départemental est consolidé à ce jour, notamment par la meilleure connaissance mutuelle des équipes. Les référentes de situation pour personnes âgées du conseil départemental peuvent ainsi être sollicitées par les équipes du CRT pour des ajustements des plans d'aide.

[198] Le CRT est interpellé par un professionnel du domicile sur une situation, et non par le grand public, afin d'avoir une expertise sur l'accompagnement.

[199] Le CRT travaille avec 17 SAD privés associatifs ou lucratifs. Les SAD lucratifs n'ont pas tous adopté les logiques de qualité souhaitées par le CRT (synthèses), ce qui impliquerait une étroite coordination avec le conseil départemental.

9.6 Conclusion et recommandations

[200] Le projet semble remplir ses objectifs, et mobilise véritablement les services de la collectivité. Les objectifs sont atteints du point de vue quantitatif mais la montée en charge s'annonce difficile (doublement de la file active attendu par l'ARS).

[201] Il illustre le passage très rapide d'un projet à un autre avec des contenus voisins, permettant de changer de dimension et de bénéficier de recettes supplémentaires substantielles et pérennes. La très grande proximité entre le début de la mise en œuvre du projet précédent (DIVADOM) et la candidature au projet de CRT, pose la question de la temporalité de l'action par l'ARS, et de la logique d'appels à candidatures successifs sur des objets similaires, ne permettant pas une véritable évaluation des actions.

[202] Il illustre aussi la recherche de financements par les collectivités territoriales, désireuses de contribuer à l'équilibre budgétaire de leurs EHPAD publics. A ce titre, le caractère concomitant du projet et du transfert des établissements au CIAS montre qu'il s'agit d'initiatives liées,

destinées à assurer une meilleure gestion de l'offre d'accueil des personnes âgées sur le territoire, tout en équilibrant les comptes.

[203] La logique d'évaluation partenariale semble prometteuse. Par ailleurs les équipes paraissent motivées et la fonction d'AS référente donne un débouché et une perspective intéressante pour les professionnelles concernées ayant acquis une certaine expérience. En ce sens, ce projet peut contribuer à l'attractivité de ces métiers.

[204] L'impact du projet sur les SAD implique une pleine participation du Département.

[205] Il sera également important de veiller à la mise en réseau avec les autres CRT qui se monteront dans le département et à l'initiation de partenariats avec les collectivités voisines que le CRT de la Roche-sur-Yon pourrait être amenée à intégrer dans son périmètre d'intervention.

10 Le schéma gérontologique – Centre intercommunal d'action sociale de La Roche-sur-Yon

Nom du Projet : Schéma gérontologique de l'agglomération

Collectivité et service qui portent le projet : CIAS de l'agglomération de La Roche-sur-Yon

Date de début du projet : 2022

Date de fin du projet (ou état actuel) : Délibération du 28 février 2023 adoptant le schéma

Responsable(s) du projet : Directeur de l'autonomie

10.1 Contexte et objectifs initiaux du projet

[206] Le schéma gérontologique de l'agglomération de La Roche-sur-Yon établit, sur la base d'un diagnostic de la situation de l'offre de prévention, d'accueil et d'accompagnement des publics vieillissants, une stratégie et des actions destinées à répondre à la situation courante et à préparer les évolutions démographiques sur le territoire intercommunal.

[207] Ce schéma directeur a pour objet de préciser les enjeux locaux prioritaires et de définir les grands axes d'une politique territorialisée en faveur des retraités, des personnes âgées et des aidants. Il permet d'inscrire une politique préexistante dans une stratégie globale, et de continuer à étendre le spectre des actions assurées au niveau intercommunal à destination de ce public.

[208] Le territoire est historiquement doté d'une offre publique d'accueil des personnes âgées en perte d'autonomie. En 2018, le département a décidé d'internaliser le CLIC, à l'exception de la politique de prévention, qui a été reprise par un service municipal, Entour'âge, qui a par la suite étendu ses activités à un soutien à domicile. Seul le portage de repas à domicile reste du ressort du CCAS de La Roche-sur-Yon.

[209] Le schéma gérontologique de 2023 vient insuffler de la cohérence à cet ensemble, étant entendu qu'il s'appuie aussi sur une dynamique partenariale ancienne au sein de l'instance locale de gérontologie.

[210] Le schéma est aussi illustratif de la solidarité des acteurs vendéens. Un forum commun entre l'agglomération et le conseil départemental a été organisé au mois de mai sur bien vieillir. Tous les

acteurs se disent qu'il faut s'organiser dès maintenant pour traiter les questions de vieillissement croissant de la population.

10.2 Description du projet

[211] Le schéma a été adopté par le CIAS le 28 février 2023. Plusieurs fiches action prévues par le plan ont en outre été adoptées par délibération du CIAS le 26 septembre 2023.

[212] Il comporte 65 actions, réparties entre 5 objectifs :

- Recomposer l'offre d'hébergement gérée par le CIAS ;
- Soutien à domicile ;
- Au sein du CIAS, développer une politique salariale ambitieuse à la hauteur de la crise ;
- Anticiper par la prévention la perte d'autonomie ;
- Nourrir les dynamiques territoriales.

[213] Le schéma est aussi le support insufflant de la cohérence aux nouveaux projets :

- Le CRT (voir fiche projet dédiée) ;
- La candidature de l'agglomération au Réseau ville amie des aînés (RVAA), récompensée par un label argent. Dans ce cadre, la CA aurait produit un portrait de territoire de 350 pages.

[214] Une centaine de personnes sont inscrites dans le cadre du plan canicule. Le besoin de déployer une stratégie d'aller-vers ont impliqué de cibler des quartiers prioritaires. Il existe un travail en partenariat dans le cadre du réseau Monalisa et les communes de l'agglomération, mais non à ce stade avec la CARSAT pour identifier les besoins.

[215] Le document est le premier de ce type, même si les instances préexistantes (Instance locale de gérontologie, observatoire, CLIC – Entour'âge, DAC et, avant 2023, la MAIA) se coordonnaient. Sur les 7 personnes que compte le service Entour'âge, une s'occupe du suivi des actions du schéma gérontologique, et c'est la même personne qui s'occupe du suivi des actions RFVAA. Par ailleurs, d'autres actions du schéma gérontologique sont suivies par l'équipe de direction des EHPAD et résidences autonomes.

[216] La démarche se fonde sur un diagnostic spécifique. Il n'a pas été fait appel à un consultant pour rédiger le projet.

[217] Le schéma est suivi par la direction de l'autonomie commune à la ville, à la communauté d'agglomération, au CCAS et au CIAS. La DA gère tous les EHPAD transférés au CIAS l'Espace Entour'âge, le CRT, le portage à domicile. Il s'agit d'une grosse direction, cohérente, comptant plusieurs centaines de personnes avec les personnels des EHPAD. Un nouveau directeur de l'autonomie est arrivé en janvier. De fait, le schéma peut aussi être regardé comme le projet de cette direction, qui structure son action.

[218] Le schéma a été adopté en 2023, mais il est évolutif et constitue le cadre pour les projets. Ainsi, le projet de désigner 3 coordonnateurs de secteur est évoqué, mais dépendra des capacités financières de l'agglomération.

10.3 Bilan qualitatif et quantitatif

[219] La définition de critères de réussite ou d'échec n'a pas été intégrée dans la conception du projet.

[220] 27 actions sur les 65 ont été réalisées. Les actions envisagées reposent sur l'extension de l'offre d'accueil en établissements (politique coordonnée des EHPAD avec leur regroupement sous l'égide du CIAS, création d'un futur établissement de 70 places pour les résidents atteints de troubles cognitifs) et le développement de solutions à domicile à travers le CRT. D'autres actions sont envisagées pour améliorer la qualité de l'offre de prise en charge en établissements (résidences autonomie, domicile, habitat intermédiaire).

10.4 Participation et évaluation par les habitants

[221] La consultation citoyenne liée au projet n'est pas documentée. En revanche, le processus participatif est avéré pour le projet VADA 2024-2027, qui a associé plus de 100 personnes.

[222] Un collectif pérenne, instance dédiée au vieillissement, est mis en place avec 40 personnes représentant toutes les communes. Ce dernier constitue une base immédiatement mobilisable pour les actions appuyées sur les citoyens. Il était par exemple le lieu de réalisation de l'enquête sur les freins à l'accès aux soins et à la prévention des personnes âgées.

10.5 Évaluation de la dimension partenariale

[223] En lui-même, le schéma ne semble pas avoir reçu le soutien d'autres collectivités, en particulier du conseil départemental, ou de l'Etat. Il s'agit davantage d'une démarche de structuration d'une politique propre de la collectivité en direction des personnes âgées et des aidants, mais qui de fait donne une cohérence globale dans les 4 collectivités et établissements impliqués (CA, ville, CIAS, CCAS).

[224] Le schéma dit tenir compte des documents existants (PRS, schéma départemental de gérontologie, ABS des CCAS du territoire, CLS 2021-2024). Une concertation est mentionnée avec les partenaires sur le sujet (dont la CARSAT ne fait pas partie).

[225] Une question majeure est l'articulation avec les fonctions du conseil départemental s'agissant de la compétence grand âge.

[226] Deux premières conventions avaient été signées en 2018 et 2020 entre la communauté d'agglomération et le département :

- En 2018, pour organiser le partenariat à la suite de l'intégration des fonctions d'accompagnement des personnes âgées assurées par les CLIC et de coordination des acteurs assurées par la MAIA par le conseil départemental. Les EPCI pouvaient dans ce cadre exercer les fonctions de prévention jusqu'alors assurées par les CLIC ;
- En 2020, pour tenir compte du schéma départemental « Vendée autonomie 2020-2024 », document stratégique couvrant l'ensemble de la politique d'autonomie et déployé autour de trois axes : accompagnement, citoyenneté et adaptation de l'offre.

[227] En 2024, une nouvelle convention de partenariat a été rédigée qui tient compte de l'adoption du schéma directeur gérontologique (9 février 2023), de la création d'un centre de

ressources territorial pour les personnes âgées (1er avril 2023), de la disparition du dispositif MAIA et de la création de la Maison Vendée Autonomie (maison de l'autonomie nouvellement créée en Vendée par rapprochement de la MDPH et des services du département chargé de l'autonomie). Cette convention organise notamment le partage d'informations, la communication et l'animation de la dynamique partenariale, en cohérence avec les objectifs du schéma directeur gérontologique de la communauté d'agglomération. La convention prévoit des échanges d'information et une orientation réciproque sur le territoire de l'agglomération :

- Vers les maisons départementales des solidarités et de la famille (MDSF), implantations administratives du département, pour les évaluations, la coordination médico-sociale et l'accompagnement médico-social ;
- Vers Espace Entour'âge pour les demandes d'informations, d'actions de prévention et de soutien des proches aidants.

[228] La convention prévoit en outre la communication d'informations au sujet des personnes suivies au titre du volet 2 CRT.

[229] La convention a été approuvée par le conseil communautaire le 28 octobre 2024. Il existe par ailleurs des incertitudes chez les interlocuteurs sur les rôles respectifs des instances de coordination existantes et la Maison Vendée autonomie. Cependant, les agents de l'agglomération indiquent être invités aux réunions sur rénovation du schéma départemental.

10.6 Conclusion et recommandations

[230] Le schéma est une mise en cohérence globale d'actions sur le champ de l'autonomie des personnes âgées, d'origine pour partie historique et pour partie volontaire. Il coïncide aussi avec une structuration partagée de la direction de l'autonomie.

[231] Il présente l'intérêt majeur de créer des logiques de projet au-delà des regroupements de structures administratives.

[232] La dimension partenariale se développe et la dimension d'association des habitants est réalisée notamment à travers la démarche VADA.

ANNEXE 2 : Ateliers de reflexion collective

Pourquoi des ateliers collectifs ?

[233] En cohérence avec son objectif de décryptage de la mécanique des interventions sanitaires et sociales du bloc communal, la mission a veillé, au fil de ses investigations, à une juste implication des élus communaux, des agents, des usagers et des citoyens.

[234] Au-delà des nombreux échanges individuels réalisés à distance ou sur le terrain, cette implication a pris plusieurs formes collectives :

[235] Une séquence de dialogue, en visio, avec le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE), en présence de plusieurs membres issus respectivement du 2e collège (associations), du 3e collège (organisations syndicales nationales et organisations professionnelles d'employeurs) et du 5e collège (personnes concernées), pour partager leur vécu et leur analyse de la place des communes dans le champ des politiques de solidarité.

[236] Une séquence de dialogue, en visio, avec un groupe d'élus et d'agents de CCAS d'horizons différents, réunis par l'Agence Nationale de la Cohésion des Territoires (ANCT) pour réagir aux pistes de recommandations de la mission.

[237] Des ateliers d'intelligence collective, à l'occasion d'un deuxième déplacement, début 2025, dans deux des six territoires sur lesquels la mission s'était déjà rendue fin 2024 : la Roche-sur-Yon en Vendée (pour la commune) et Saint-Ambroix dans le Gard (pour la CC Cèze Cévennes), ainsi qu'un atelier réalisé en visioconférence avec les acteurs du projet de pôle de soins ambulatoires de premier recours à Alès (Gard) en février 2025.

[238] Ces ateliers avaient pour but, sur chaque territoire, de croiser les points de vue des différentes parties prenantes sur un projet en particulier, de façon à en tirer une vue plus complète des tenants et aboutissants du projet, d'en identifier plus finement les lignes de force et les zones d'ombre, en misant sur l'émergence d'éléments d'analyse qui ne seraient pas apparus en juxtaposant des entretiens individuels.

Les participants

[239] A la Roche-sur-Yon, le projet ainsi décrypté a été le Centre de Ressources Territoriales (CRT), dispositif porté par les EHPAD intercommunaux pour développer, auprès des personnes âgées, des actions de prévention, d'information et d'accompagnement renforcé pour ceux souhaitant vieillir à domicile. Y ont participé des élus et agents communaux et intercommunaux, des représentants du Conseil départemental (élue et agents), des partenaires associatifs, des infirmiers libéraux, ainsi que des aidants familiaux (les personnes âgées dépendantes elles-mêmes n'ayant pas pu être sollicitées).

[240] A Saint-Ambroix, le choix de la mission s'est porté sur le Lieu d'accueil parents enfants (LAEP) mobile « Les p'tites graines », un dispositif initié par la communauté de communes Cèze Cévennes, labellisé par la CAF et porté par l'association Accès pour tous, qui prend la forme d'un camion aménagé, faisant étape dans les communes membres de la communauté de communes. Y ont participé des élus et agents communaux et intercommunaux, des représentants du Conseil départemental et de la CAF, une administratrice et des salariés de l'association gestionnaire, des usagers du LAEP.

[241] Un atelier a en outre été réalisé en visioconférence avec des parties prenantes du projet de pôle de soins ambulatoires de premier recours de la Communauté d'Agglomération d'Alès, avec des agents de l'agglomération, du CCAS et de la CPTS, des soignants libéraux et deux patients suivis par le dispositif.

Le déroulé des ateliers

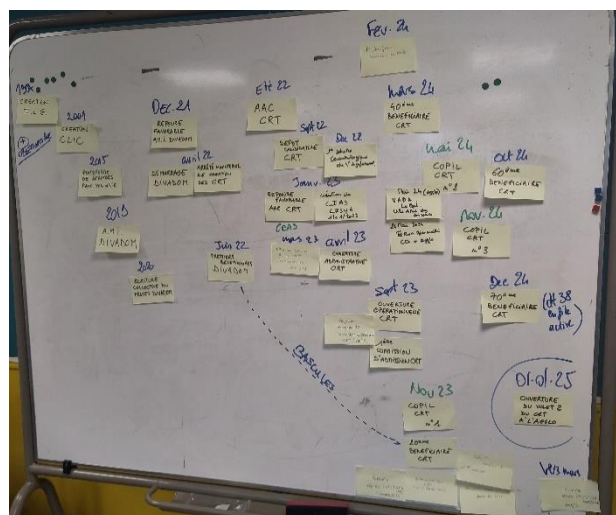
[242] Les ateliers effectués en présentiel se sont déroulés sur une durée d'1h30, en démarrant par un temps d'**introduction** (10 min) : mot d'accueil ; tour de table des participants ; présentation du sens et du déroulé de l'atelier en deux séquences.

1ère séquence : Retracer ensemble la genèse et l'histoire du projet.

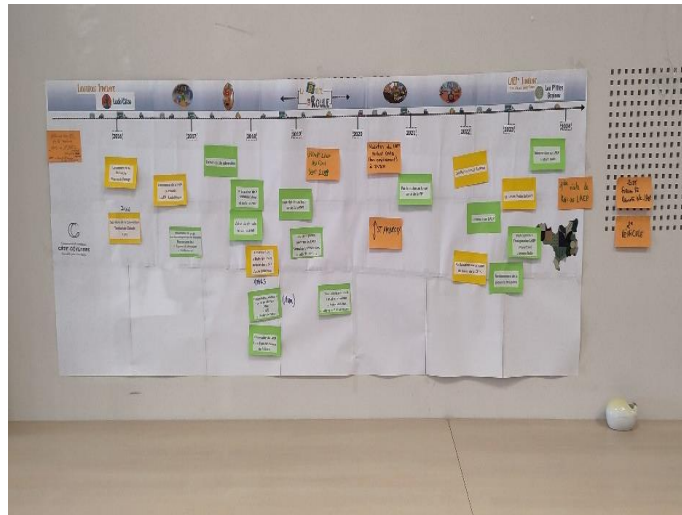
[243] Il s'agissait de se remémorer, à travers une frise à composer sur le mur, les étapes de mise en place du projet. Déroulement de la séquence (20 min) :

- Quelques repères temporels inscrits au préalable sur le mur depuis début les origines du projet et jusqu'en 2025 ;
- Un quizz avec des post-its préparés à l'avance par le chef de projet, pour les positionner sur la frise en fonction des réponses de l'assistance ;
- Un temps donné aux participants, avec des post-its vierges, pour compléter la frise avec leurs moments clefs ou simples souvenirs.

La Roche-sur-Yon



Communauté de communes Cèze-Cévennes



2^{ème} séquence : identifier les points éléments structurants et réalisations du projet.

[244] Déroulement de la séquence (50 min) :

- Répartition des participants en 2 ou 3 groupes selon le nombre de participants (en prenant soin des équilibres dans les groupes) ;
- Animation de chaque groupe par un binôme IGAS / collectivité ;
- Lancement des discussions grâce à des « cartes à réaction », avec une série de cartes disponibles, sans chercher à aborder tous les sujets sur toutes les tables. Cartes disponibles (intitulés ajustés en fonction des projets) :
 - « Pourquoi un tel projet ? Observation et remontée des besoins de la population » ;
 - « Qui fait quoi ? Gestion de projet, qualité des partenariats et de la coopération » ;
 - « Comment faire connaître le projet ? Information et communication autour du dispositif » ;
 - « Que fait-on pour les personnes accueillies et accompagnées ? » ;
 - « Comment travaille-t-on sur les compétences des parties prenantes ? » ;
 - « Comment sait-on si ça marche ? Evaluation au fil de l'eau des résultats du dispositif ».

[245] Les binômes d'animation s'organisent pour prendre des notes.

[246] En guise de **conclusion** (10 min), chaque table a disposé de 2 ou 3 minutes pour évoquer un ou deux points forts de sa discussion. La collectivité et l'IGAS ont ensuite remercié les participants et se sont engagées à leur transmettre un compte-rendu complet des échanges sur les tables.

Quelques enseignements méthodologiques

[247] Les points suivants nous ont semblé déterminants dans la réussite des ateliers :

- **L'importance de pouvoir s'appuyer sur un contact privilégié sur site**, un « sherpa » qui accepte de contribuer à la mise en œuvre de l'atelier : travail de conviction auprès de la gouvernance, choix et invitation des parties prenantes, préparation de la salle, préparation et animation de la séquence « frise chronologique », co-animation de la séquence de discussion par tables, contribution à la rédaction du compte-rendu.
- **Le temps de préparation** : les échanges avec le contact privilégié doivent pouvoir commencer plusieurs semaines avant l'atelier, pour bien s'entendre sur le sens de celui-ci, pour anticiper les invitations, pour pouvoir travailler à la présence d'usagers (jamais gagnée), pour préparer en amont les séquences « frise chronologique » et de discussion par tables (avec plusieurs allers-retours avec la mission IGAS).

[248] **Le temps de présence sur place le jour** : importance d'être là bien en avance, pour la qualité du lien avec le contact privilégié, pour préparer la salle, pour ajuster la méthodologie en fonction des personnes effectivement présentes.

[249] **La clarté des engagements, même modestes, à la suite de l'atelier** : diffusion du compte-rendu dans les jours qui suivent ; transparence en termes de publicité et de conditions de diffusion du rapport, dans lequel vont figurer, à différentes reprises, les apports des ateliers aux analyses et réflexions de la mission, ainsi que la liste des participants.

ANNEXE 3 : « check list » pour les lanceurs de projet sur les territoires



La check-list des lanceurs de projet

Pourquoi une check-list

Chaque jour, les communes et les EPCI de France lancent des actions et projets opérationnels en matière sociale et sanitaire.

Pour en tirer tout le potentiel, il est proposé ici une série de **points de vigilance** à avoir en tête, qu'on soit élu ou agent, au moment de lancer un tel projet.

Ils ont été suggérés, au fil des rencontres de la mission IGAS, par les parties prenantes de l'action sociale et sanitaire territoriale.

Check 1 : J'ai enquêté sur les besoins

Les innovations sanitaires et sociales des communes naissent souvent d'un moment de bascule : une crise, une demande des habitants, l'intuition d'un élu, l'alerte d'une association.

Avant de répondre au problème ou à la demande qui se manifeste (qu'il s'agisse de santé mentale, de petite enfance ou de logement insalubre), il apparaît essentiel de prendre le temps d'**objectiver au mieux les besoins** du territoire :

- Exploitation des **données** existantes : statistique publique, analyse des besoins sociaux, diagnostics réalisés pour les CTG, CLS, CRTE, schémas et projets de territoire ;
- **Enquêtes** auprès de la population.

04/03/2025

Mission IGAS – Action sanitaire et sociale du bloc communal

2



La check-list des lanceurs de projet

Check 2 : J'ai consulté mes partenaires

L'action sociale et sanitaire territoriale se caractérise par la richesse de son écosystème : de nombreux acteurs, publics et privés, y interviennent, à différents échelons territoriaux. Comme il est impossible de savoir ce que tout le monde fait à tout instant, il apparaît prudent, avant de se lancer dans un projet, d'**interroger ses partenaires potentiels** (département, Etat, ARS, CAF, associations...) :

- Ont-ils déjà identifié la problématique qui nous préoccupe ?
- Ont-ils déjà mis en place des actions, dispositifs, projets pour y répondre ?
- Avec quels résultats ? Quelle possibilité de s'articuler ?

Check 3 : J'ai formé un groupe pilote

Dans les discours des parties prenantes de l'action sociale et sanitaire territoriale, on retrouve constamment le mantra suivant : **avançons ensemble**. Pour des projets à la fois mieux adaptés aux besoins et plus efficaces, il est indispensable de coopérer.

Ainsi, une fois les besoins objectivés et le manque de réponse caractérisé, il est utile de réunir **une première cellule de discussion**, un espace de dialogue où se croisent les intelligences et les bonnes volontés.

Cet espace peut intégrer des élus et agents de la collectivité, ainsi que leurs partenaires : autres institutions, associations, habitants.

04/03/2025

Mission – Action sanitaire et sociale du bloc communal

3

La check-list des lanceurs de projet

Check 4 : J'ai dessiné le champ des possibles

Ce groupe pilote permet, à partir de l'enquête sur les besoins et de la consultation des partenaires, de partager ce qu'il serait possible, imaginable, souhaitable, envisageable de faire, pour répondre à la problématique identifiée, à l'échelle du territoire.

Cet exercice de mise à plat permet de **faire émerger des hypothèses de travail**, de les soupeser, de les comparer, de les articuler.

Il permet aussi à chaque partie prenante de **se positionner**, d'apporter sa connaissance du sujet, son vécu, son point de vue.

In fine, une fois clarifiée la constellation des projets potentiels, il est plus facile d'**identifier une option consensuelle** et pertinente.

Check 5 : J'ai conçu un prototype

Une fois définies les grandes orientations d'un projet, d'une action ou d'un dispositif social ou sanitaire, les retours d'expérience montrent qu'il est précieux pour la collectivité de **prendre le temps de le prototyper**.

Cela signifie imaginer, en partenariat avec les futures parties prenantes et usagers du projet :

- Son **modèle d'action** ;
- Son **modèle économique** ;
- Son **modèle RH** ;
- Le calendrier d'une première séquence de **test** (quelques semaines ou quelques mois) pour vérifier la solidité de ces modèles.

04/03/2025

Mission – Action sanitaire et sociale du bloc communal

4

La check-list des lanceurs de projet

Check 6 : J'ai clarifié le « qui fait quoi »

Une fois le dispositif prototypé, il convient de préciser **les places de chacun**, depuis les partenaires à distance jusqu'aux agents auprès des publics. Plusieurs éléments de ce « qui fait quoi » revêtent une importance particulière :

- La **cheville ouvrière** : chef de projet, chargé de mission, de coordination... ;
- Son **référént** dans la gouvernance locale : élu, cadre ;
- L'**instance de travail** opérationnelle (comité technique, groupe projet...), qui peut être issue du groupe pilote initial ;
- L'**instance de gouvernance** décisionnelle (type comité de pilotage). A noter que celle-ci peut être préexistante au projet.

Check 7 : J'ai identifié les financements

Si les initiatives de l'action sociale et sanitaire communale se multiplient ces dernières années, leurs financeurs se multiplient aussi. Cette diversification s'accompagne de **nouvelles exigences** de la part de ces derniers : disposer de cofinanceurs, assumer une part de la charge financière, remplir des dossiers.

Une étape incontournable du montage d'un projet consiste donc à **partir à la recherche de financements**, en passant en revue les priorités des partenaires potentiels et les opportunités qui se présentent (AAP, AO, AMI), quitte à ajuster les termes du projet pour s'y inscrire.

NB : il arrive qu'un projet naisse d'une occasion de financement saisie par la collectivité. Le cas échéant, il s'agit de compléter le tour de table financier.

04/03/2025

Mission – Action sanitaire et sociale du bloc communal

5

La check-list des lanceurs de projet

Check 8 : J'ai défini une démarche évaluative

Pour pouvoir rendre des comptes aux habitants comme aux financeurs (résultats quantitatifs et qualitatifs, analyse de l'usage des fonds...), l'évaluation s'est généralisée dans le champ social et sanitaire : on attend des initiatives communales qu'elles soient suivies à la loupe.

Les démarches évaluatives doivent se penser **dès la phase de prototypage** et **se projeter vers des ambitions de poursuite** de l'expérimentation, de pérennisation dans le même format, voire d'élargissement du dispositif mis en œuvre.

Ces démarches peuvent nécessiter **des compétences externes** (agences d'urbanisme, laboratoires universitaires, cabinets d'études et de conseil...), dont les coûts éventuels sont à intégrer à la recherche de financements.

Check 9 : J'ai pensé à l'avenir

La capacité d'intervention rapide du bloc communal doit, selon les acteurs territoriaux, s'accompagner d'une capacité à voir à long terme. Cela signifie, à l'échelle de chaque projet, de se donner **des temps pour réfléchir**, à intégrer aux calendriers des instances, des financements, des décisions à prendre.

Il s'agit de partager les enseignements de l'évaluation, d'imaginer des **scénarios pour la suite** (poursuite, pérennisation, évolution...) et d'évaluer leurs conditions de faisabilité, notamment au regard de la poursuite ou non des financements externes.

Parmi les éventualités à envisager, celle du renoncement en est une à expliciter : se donner **la possibilité de dire stop**, si cela devient une évidence partagée.

04/03/2025

Mission – Action sanitaire et sociale du bloc communal

6

Pour aller plus loin

Guides et outils disponibles en ligne

Centre Nationale de la Fonction Publique Territoriale (CNFPT), [Les pratiques des collectivités territoriales en faveur de la cohésion sociale et territoriale : vers une transformation de l'action publique locale](#)

Agence Nouvelle des Solidarités Actives (ANSA), [Vers une action publique éclairée par la preuve, un guide pour identifier et mettre en œuvre ce qui fonctionne](#)

Banque des Territoires, [Les guides pratiques, 10 essentiels du pilotage et de la revitalisation de petites villes](#)

Direction Interministérielle de la transformation Publique (DITP), formation en ligne, [Mode Projet : orchestrez vos projets comme un chef](#)

27^{ème} Région, [Les Labonantes, pour emmener plus loin l'innovation publique](#)

04/03/2025

Mission – Action sanitaire et sociale du bloc communal

7

ANNEXE 4 : Eclairages sur les trois thématiques explorées prioritairement par la mission

1 La politique d'accès aux droits des personnes âgées en perte d'autonomie

[250] La politique d'accès aux droits des personnes âgées en perte d'autonomie est largement répartie entre une grande diversité d'acteurs. Le bloc communal y occupe une place significative. Ses actions se concentrent sur les personnes ne vivant pas en établissement.

[251] En 2022, en France métropolitaine, parmi les 18 millions de personnes de 60 ans ou plus, 16,7 millions vivent à leur domicile. Parmi elles, 3 % à 8 % sont en perte d'autonomie (soit 500.000 à 1,3 million de personnes)³. La perspective d'augmentation des besoins liés au vieillissement de la population rend cette politique de plus en plus cruciale, et justifie l'engagement des communes et de leurs établissements (CCAS, EPCI, CIAS).

1.1 Les interventions du bloc communal dans le champ de l'accès aux droits des personnes âgées en perte d'autonomie

1.1.1 Des interventions les plus souvent réalisées au titre de la clause de compétence générale, mais des textes de plus en plus précis

[252] **Les communes, leurs groupements et les CCAS / CIAS interviennent au titre de la clause de compétence générale, et ces interventions sont massives.**

[253] **Au titre de leurs compétences obligatoires**, les communes sont chargées de la domiciliation des personnes (article L.264-1 du CASF), de la transmission des demandes d'aides sociales légales au département (article L.123-5 du CASF) et de la réalisation, au début de chaque mandature, de l'analyse des besoins sociaux (article R.123-1 du CASF), autant de compétences qui peuvent conduire la commune à s'intéresser à la question de l'accès aux droits des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, sans déterminer étroitement cette intervention.

[254] La loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) a confié aux communes le soin de **prendre en compte le vieillissement dans les programmes locaux de l'habitat (PLH)** : l'article L302-1 du Code de la construction et de l'habitation prévoit que le PLH prévoit « les réponses apportées aux besoins particuliers des personnes en situation

³ DREES, Perte d'autonomie à domicile : les seniors moins souvent concernés en 2022 qu'en 2015, Etudes et résultats, novembre 2024.

de perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap, par le développement d'une offre nouvelle d'habitat inclusif (...) et l'adaptation des logements existants ».

[255] Par ailleurs, la loi n°2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie a élargi, sauf opposition des intéressés, les compétences des communes à la possibilité de collecter des données (identité, âge, domicile) concernant les seniors les plus fragiles, notamment en vue des plans canicule. Ils peuvent également procéder à ce recueil à la demande d'un tiers, à la condition que la personne concernée ou son représentant légal ne s'y soit pas opposé (L. 121-6-1 du CASF) :

« I.-Afin de favoriser l'intervention des services sanitaires, des centres communaux et intercommunaux d'action sociale ainsi que des établissements et des services sociaux et médico-sociaux (...), les maires recueillent les éléments relatifs à l'identité, à l'âge et au domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap qui sollicitent une telle intervention.

« Sauf opposition de la personne concernée ou, le cas échéant, de la personne chargée à son égard d'une mesure de protection juridique avec représentation, les données relatives aux bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile, de la prestation de compensation du handicap ou de prestations d'action sociale versées au titre de la perte d'autonomie par des organismes d'assurance vieillesse et strictement nécessaires à l'accomplissement des missions (...) sont transmises aux maires respectivement par le président du conseil départemental et par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail.

II.-Les maires peuvent transmettre aux services sanitaires, aux centres communaux et intercommunaux d'action sociale ainsi qu'aux établissements et aux services sociaux et médico-sociaux autorisés (...) les données mentionnées au premier alinéa du I du présent article et strictement nécessaires :

1° Pour organiser un contact périodique avec les personnes répertoriées lorsque le plan d'alerte et d'urgence (...) est mis en œuvre ;

2° Pour proposer à ces personnes des actions visant à lutter contre l'isolement social et pour repérer les situations de perte d'autonomie ;

3° Pour informer les personnes âgées ou les personnes en situation de handicap et leurs proches des dispositifs d'aide et d'accompagnement existants et de leurs droits.

III.- (...)

Ces informations sont recueillies, transmises et utilisées dans des conditions garantissant leur confidentialité et selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. »

[256] La loi reconnaît ainsi aux maires un rôle spécifique dans les politiques d'accès aux droits des personnes âgées en perte d'autonomie. Les collectivités rencontrées par la mission ont indiqué être en attente du décret d'application pour déterminer les conditions de mise en œuvre opérationnelles de ces principes dans leur territoire.

1.1.2 Le niveau soutenu des interventions du bloc communal est de mieux en mieux documenté

[257] Selon l'**enquête ASCO de 2014**, les personnes âgées constituent le premier public visé par l'action sociale des communes, quelle que soit leur taille. Au total, 2/3 des communes interviennent à ce titre (quasiment 100% des communes de plus de 10.000 habitants et environ la moitié de celles de moins de 500 habitants), couvrant 90% de la population. Les CCAS sont très présents à ce titre, seules 16% des communes mettent en œuvre cette compétence seule (dans 50% des cas, c'est le CCAS qui agit seul et dans 25% des situations, la commune partage cette compétence avec le CCAS ou le CIAS). Les EPCI interviennent moins fréquemment dans ce champ que dans celui de la petite enfance ou de la jeunesse. Néanmoins, 45% des EPCI étaient dotés de cette compétence, couvrant seulement 26% de la population, ce qui traduit probablement une mutualisation plus fréquente dans le milieu rural. Cette situation s'est retrouvée dans les travaux de la mission en ce qui concerne l'agglomération de La Roche-sur-Yon.

[258] Une **récente enquête du Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA)** a permis de compléter les connaissances sur les interventions du bloc communal⁴ : 152 CCAS et des CIAS, couvrant les territoires de 582 communes dans 42 départements, ont répondu à un questionnaire adressé et exploité en 2023. L'enquête confirme un investissement communal très fort : les CCAS et CIAS ont une connaissance précise des besoins de leur territoire (77% conduisent des analyses spécifiques sur le sujet) ; presque tous (96%) fournissent des services facultatifs aux personnes âgées et 66% disposent d'équipes dédiées ou de guichets pour les personnes âgées.

[259] La quasi-totalité des CCAS et CIAS (95%) ayant répondu à l'enquête contribuent d'une manière ou d'une autre au traitement des demandes d'aide personnalisée à l'autonomie (APA), et près de la moitié (49%) à l'évaluation des besoins à ce titre. Ils mettent en œuvre des accompagnements essentiels : 89% disent veiller à l'adéquation des prises en charge des personnes âgées.

[260] Le HCFEA confirme que l'échelon communal assure un rôle essentiel dans l'accès aux droits des personnes âgées, mais que ce rôle est globalement sous-estimé : une autre partie de son enquête, auprès des équipes médico-sociales des départements, montre que le bloc communal est insuffisamment reconnu et pris en compte pour cette politique.

[261] D'une façon plus générale, l'implication du bloc communal dans la prévention de la perte d'autonomie et l'aide à l'accès aux droits des personnes âgées a pu être constatée par la mission lors de ses déplacements. Cependant, la présentation fonctionnelle des dépenses ne compte qu'une ligne globale des dépenses en faveur des personnes âgées (342 M€ en 2023 pour les communes de plus de 3500 habitants) et sa fiabilité n'a pu être vérifiée par la mission. Par ailleurs, comme les autres dépenses sociales du bloc communal, elles ne sont pas consolidées à l'échelle du bloc communal et ne peuvent donc pas faire l'objet d'une évaluation. Elles ne sont pas intégrées dans les chiffres de l'autonomie publiés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

⁴ HCFEA, Enquêtes conduites auprès des acteurs locaux du Grand Âge, décembre 2023.

1.2 Les institutions animant et participant à la politique d'accès aux droits des personnes âgées au niveau national et au niveau local

1.2.1 Au niveau national

[262] Depuis sa création par la loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, **la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a pour mission de financer et d'animer les politiques de l'autonomie des personnes handicapées et personnes âgées dépendantes**. Elle est dès l'origine considérée comme une institution singulière dans le champ de la protection sociale en ce qu'elle intervient dans un champ de compétences largement décentralisé aux départements.

[263] La CNSA, devenue caisse de sécurité sociale le 1^{er} janvier 2021, ne dispose pas de réseau d'organismes locaux : ses principaux relais sont les services des départements. Le conseil de la CNSA diffère par sa composition d'un conseil d'administration de caisse de sécurité sociale, en faisant une large place aux parties prenantes, notamment associatives, des politiques de l'autonomie. Un président de conseil départemental en assure la vice-présidence, et l'Union nationale des CCAS (UNCCAS) est représentée au sein de cette assemblée.

[264] Dans le champ de l'accès aux droits, la CNSA anime depuis la loi ASV la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA). En outre, la mise en place en 2023 d'un Centre de ressources et de preuves dédié à la prévention de la perte d'autonomie est destiné notamment à aiguiller l'action des conférences des financeurs, au niveau territorial, dans leurs priorités d'interventions. La CNSA a signé une convention avec l'Union des gérontopôles de France, destiné à faciliter le repérage des meilleures initiatives sur le territoire national. La CNSA finance en outre un fonds d'appui aux territoires innovants seniors, animé par le Réseau français des villes amies des aînés (RFVAA). Doté de 8M€, il a permis de soutenir plus de 150 projets de communes et d'EPCI.

[265] Les caisses de retraite interviennent dans le champ de l'accès aux droits par leur action sociale dirigée vers les personnes dont le niveau de dépendance est le moins élevé (GIR 5 et 6⁵). A ce titre, la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) anime l'action sociale des caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT). La caisse centrale de la mutualité sociale agricole (MSA) fait de même avec son réseau.

[266] L'animation territoriale de l'Agence nationale pour la cohésion des territoires (ANCT) intègre des volets d'adaptation au vieillissement, qu'il s'agisse du programme Petites villes de demain ou d'Action Cœur de ville.

⁵ Le GIR est calculé en fonction de la capacité du senior à accomplir dix activités physiques et mentales (se laver, se déplacer, s'orienter, etc.). Le niveau de perte d'autonomie des personnes fait l'objet d'une évaluation aboutissant à la détermination de leur degré de dépendance sur une grille allant de GIR 1 à GIR 6 (le GIR 1 correspondant aux situations de perte d'autonomie les plus sévères).

1.2.2 Au niveau territorial

Des acteurs nombreux

[267] Financier et gestionnaire de la principale aide individuelle dans le domaine de la perte d'autonomie, l'aide personnalisée à l'autonomie (APA), **le département intervient en tant que chef de file** pour l'accès aux droits des personnes âgées concernées par le risque de dépendance. Ce rôle peut se traduire par la mise en place, avec les communes, de conventions territoriales d'exercice concerté (CTEC), permettant de coordonner les interventions. D'après l'enquête du HCFEA publiée en 2023, seul un CCAS ou CIAS sur dix ayant répondu se situe dans une commune ayant mis en place une CTEC avec le département autour de la thématique du grand âge.

[268] **Les caisses de retraite, qu'il s'agisse des CARSAT ou de leur collectif au sein de l'inter-régime**, financent et animent des actions d'aller vers au bénéfice des personnes âgées dont le niveau de dépendance est le moins élevé. Elles s'articulent avec les départements dans le cadre d'une politique de reconnaissance mutuelle des évaluations de la perte d'autonomie, qui est installée ou en passe de l'être dans les trois départements visités par la mission. En revanche, la répartition des interventions entre ce qui est mutualisé au sein de la CFPPA, et ce qui est du ressort des caisses locales de sécurité sociale, apparaît variable d'un département à l'autre.

[269] **Les communes et les CCAS**, ainsi que les EPCI dans les cas, peu fréquents, où cette compétence leur est déléguée, interviennent à divers titres, mais essentiellement en application de la clause de compétence générale (Cf. *supra*).

[270] **Les réseaux associatifs** sont présents dans le champ de l'accès aux droits des personnes âgées. Les établissements sociaux et médico-sociaux, le plus souvent de forme associative, interviennent au sein de leur territoire et peuvent se charger d'actions d'aller vers, y compris en direction de publics se trouvant à domicile. C'est par exemple le cas d'EHPAD visités par la mission à La Roche-sur-Yon ou au Vigan. Peuvent en outre être mentionnés des initiatives d'associations comme le dispositif Monalisa (mobilisation nationale contre l'isolement des âgés), qui fédère des citoyens bénévoles volontaires pour accompagner les personnes âgées, ou encore le réseau francophone des « Villes amies des aînés » (VADA) ou l'action des Petits frères des pauvres.

Les enjeux de la coordination territoriale

[271] L'enjeu de coordination est particulièrement prégnant pour les personnes âgées en situation de perte d'autonomie, compte tenu du nombre d'acteurs susceptibles d'intervenir auprès d'eux.

[272] **Il s'agit, d'une part, de simplifier et d'améliorer la lisibilité, la cohérence et l'accessibilité de l'information, des droits et aides au profit des personnes âgées en perte d'autonomie ainsi que de leurs aidants pour mieux les accompagner ; et de mettre en place des interventions coordonnées des professionnels de santé, et/ou du secteur social et médico-social.**

[273] Depuis le début des années 2000 des dispositifs de coordination successifs ont été mis en place, dessinant un paysage très complexe de l'accompagnement des personnes âgées. A titre d'exemples :

- Les **centres locaux d'information et de coordination (CLIC)** ont été créés par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

- L'article 23 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a créé les **dispositifs d'appui à la coordination (DAC)** pour les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux, en vue de la coordination des parcours.

[274] Les communes, si elles sont généralement invitées à y participer, peinent à en avoir une vision complète qui leur permettrait d'inscrire explicitement leur intervention dans une stratégie territoriale globale. Dans les collectivités observées par la mission, on constate que les réformes successives de la prise en charge de la perte d'autonomie ne semblent avoir impacté que partiellement le contenu même des interventions des communes ainsi que la qualité et les modalités de coopération avec les autres acteurs locaux.

[275] Il s'agit, d'autre part, de faire masse des financements de la prévention de la perte d'autonomie en définissant des stratégies partagées au niveau départemental.

[276] Créées par la loi ASV, les CFPPA coordonnent les financements des actions de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans et plus. Dans chaque département, les CFPPA définissent un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention. Leurs actions intègrent, de manière non exclusive, les démarches d'aller vers.

[277] Présidées par le président du conseil départemental, elles regroupent l'ensemble des financeurs de ces politiques, la CARSAT au titre de l'action sociale de l'assurance retraite du régime général, les autres régimes de base et complémentaires présents sur le territoire, l'ARS. Le bloc communal peut y être représenté, notamment par l'Union départementale des CCAS (UDCCAS).

1.3 La mise en place progressive du service public départemental de l'autonomie (SPDA)

[278] La demande de création d'un « cinquième risque » de sécurité sociale, destiné à la couverture sociale de la dépendance des personnes âgées, a animé le débat public depuis une vingtaine d'années.

[279] En 2019, la concertation « grand âge et autonomie » présidée par Dominique Libault a formulé des propositions sur les moyens financiers et opérationnels devant accompagner le vieillissement de la population, en appelant notamment à une « simplification du système d'accompagnement et de soin de la personne âgée », par l'instauration de guichets uniques sous la forme de « maisons des aînés et des aidants ».

[280] A la suite de l'épidémie de Covid-19, qui a particulièrement touché les personnes âgées dépendantes et leurs familles, la décision est prise de créer ce « cinquième risque ». La loi n°220-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie range ainsi la CNSA parmi les caisses nationales de sécurité sociale.

[281] A la suite du rapport « Vers un service public territorial de l'autonomie » de mars 2022, la loi du 8 avril 2024 a prévu la création, à compter du 1^{er} janvier 2025, d'un **service départemental de l'autonomie (SPDA), devant permettre une coordination des acteurs compétents sur le territoire afin d'améliorer le service rendu aux personnes âgées et à leurs familles.**

[282] Le projet ne consiste pas à créer une nouvelle institution mais à mieux articuler les interventions de l'ensemble des acteurs territoriaux impliqués dans l'information, l'instruction des droits, le conseil et l'accompagnement, mais également le repérage, la prévention et l'aller vers,

en raisonnant du point de vue des personnes âgées et de leurs familles. Le SPDA réunit le département, l'ARS, le rectorat, France travail, les établissements sociaux et médico-sociaux, les CPTS, les organismes locaux et régionaux de sécurité sociale, la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et les Maisons France services. Sans restructurer le paysage administratif, le SPDA doit assurer un accueil et une orientation de la personne vers le bon interlocuteur sans renvoi de guichet en guichet. L'ambition est de proposer des solutions concrètes pour les usagers grâce à une meilleure coordination des professionnels.

[283] En outre, chaque département devra se doter d'une conférence territoriale de l'autonomie devant « coordonner l'action des membres du SPDA » et allouer des financements destinés à la prévention de la perte d'autonomie (la conférence se réunissant alors sous le format de la CFPPA) et pour soutenir le développement de l'habitat inclusif (réunion sous le format de commission des financeurs de l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées).

[284] La démarche repose sur la construction d'un cahier des charges, dont la maîtrise d'ouvrage incombe à la CNSA, qui définit le socle commun des missions assumées par le SPDA, ainsi qu'un référentiel de qualité de service.

[285] **La mise en œuvre est assurée dans un premier temps sur des territoires préfigurateurs**, qui ont engagé la démarche dès 2024. 18 départements ont été retenus à ce titre. Si aucun des 3 départements d'approfondissement choisis par la mission n'en fait partie, le département du Pas-de-Calais, dont la mission a rencontré le directeur général adjoint chargé des solidarités, participe à cette première phase.

2 La lutte contre la précarité alimentaire

2.1 Les fondements législatifs et réglementaires

[286] L'objectif de la lutte contre la précarité alimentaire a été introduit dans le code de l'action sociale et des familles par la loi n° 2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous. Ainsi, l'article L.266-1 du CASF dispose que :

« La lutte contre la précarité alimentaire vise à favoriser l'accès à une alimentation sûre, diversifiée, de bonne qualité et en quantité suffisante aux personnes en situation de vulnérabilité économique ou sociale.

Elle s'inscrit dans le respect du principe de dignité des personnes. Elle participe à la reconnaissance et au développement des capacités des personnes à agir pour elles-mêmes et dans leur environnement. L'aide alimentaire contribue à la lutte contre la précarité alimentaire.

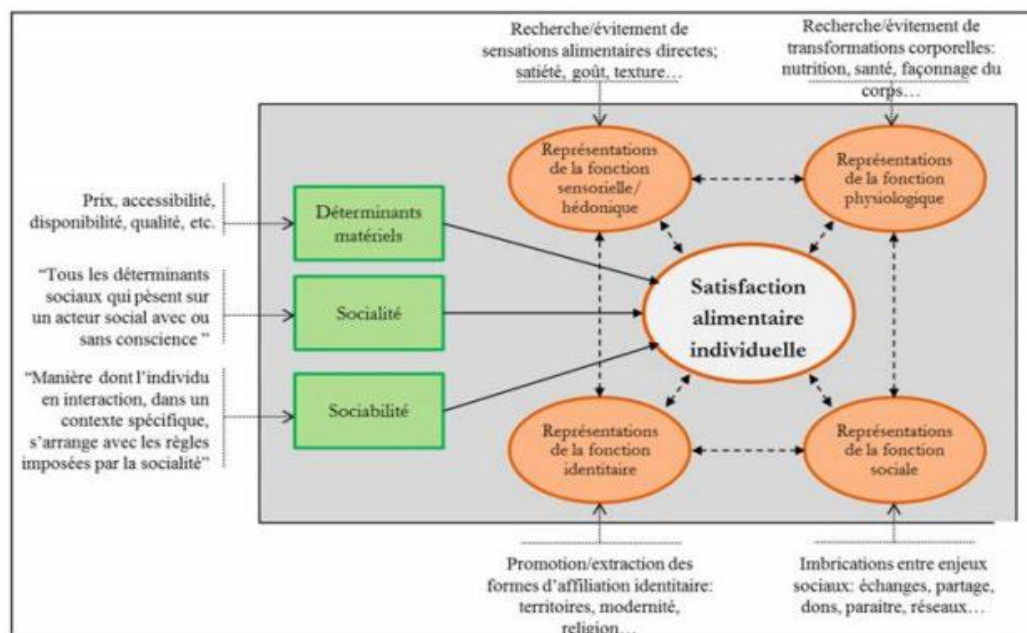
La lutte contre la précarité alimentaire comprend la poursuite des objectifs définis à l'article L. 1 du code rural et de la pêche maritime et par les programmes nationaux relatifs à l'alimentation, à la nutrition et à la santé.

La lutte contre la précarité alimentaire mobilise l'Etat et ses établissements publics, les collectivités territoriales, les acteurs économiques, les associations, dans le cadre de leur objet ou projet associatif, ainsi que les centres communaux et intercommunaux d'action sociale, en y associant les personnes concernées. »

2.2 Les dimensions de la précarité alimentaire

[287] La précarité alimentaire de la population sur un territoire peut être caractérisée de plusieurs manière :

- Les déterminants individuels de privation alimentaire : niveau de vie de la population, données de l'aide alimentaire (nombre de bénéficiaires, volume de denrées alimentaires distribuées, dépenses engagées à ce titre), sécurité alimentaire des habitants.
- L'état de santé lié à l'alimentation. Dans la mesure où de nombreuses pathologies sont liées à une mauvaise nutrition, les données de morbi-mortalité du territoire peuvent éclairer la problématique de précarité alimentaire. Trois sous-dimensions se dégagent :
 - États de santé général des populations : certains états de santé sont liés à une diversité de facteurs, dont l'alimentation (ex. diabètes, cancers, obésité, maladies liées aux pesticides...).
 - États de santé causés directement par l'alimentation : certains états de santé sont directement liés à une mauvaise alimentation et l'intensité du lien peut être caractérisée.
 - Environnement sanitaire : ces indicateurs permettent notamment de caractériser l'accessibilité à l'offre de soins
- Le paysage et l'environnement alimentaire. Le diagnostic peut intégrer des données relatives aux pratiques d'approvisionnement décrites à partir de la présentation de :
 - Les lieux d'approvisionnement des consommateurs : localisation et type de commerce (grandes surfaces, commerces de bouche, marchés / vente directe...)
 - Les lieux de distribution de l'aide alimentaire / de l'action sociale
 - La mobilité pour accéder à ces lieux d'approvisionnement
- La satisfaction alimentaire des personnes qui peut être appréhendée par des questionnaires ou autres modalités de concertation, afin de mettre en lumière d'autres fonctions assurées par l'alimentation : plaisir, lien social, identité...



Source: R. Héron, 2016, p.238.

2.3 Les plans, instances et outils de la politique de lutte contre la précarité alimentaire

2.3.1 Au niveau national

Les plans nationaux : PNA, PNNS, SNANC et Pacte national des solidarités

[288] La nutrition, qui inclut l'alimentation et l'activité physique, constitue un facteur favorable ou défavorable à la santé (y compris mentale). C'est pourquoi l'alimentation associée à une activité physique satisfaisante est un axe d'intervention préférentiel pour des politiques nutritionnelles préventives. Un premier Programme national nutrition santé (PNNS) a été mis en place en 2001.

[289] Dix ans plus tard, la loi n° 2010-874 du 27 juillet 2010 de modernisation de l'agriculture et de la pêche définit le plan national de l'alimentation dont l'objectif principal, large, est la sécurité alimentaire avec une optique de qualité : chacun doit avoir accès à une « alimentation saine, diversifiée, en quantité suffisante, de bonne qualité gustative et nutritionnelle » dans le cadre d'une agriculture durable.

[290] Le PNNS est inscrit dans le code de la santé publique (article L.3231-1 du code de la santé publique) comme un programme quinquennal gouvernemental, articulé avec le PNA (article L.1-III du code rural et de la pêche maritime).

[291] La loi n° 2021-1104 du 22 août 2021 portant lutte contre le dérèglement climatique et renforcement de la résilience face à ses effets a prévu la mise en place d'une Stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat (SNANC), chapeau du PNNS 4 et PNA 3. Les travaux d'élaboration de ces documents programmatiques étaient en cours début 2025.

[292] Le pacte national des solidarités 2023-2027 comprend parmi ses objectifs ceux d'assurer aux bénéficiaires de l'aide alimentaire l'accès à une alimentation saine et durable et de développer des alliances locales de solidarité alimentaire "producteurs-associations-collectivités" (notamment via le volet social des Projets alimentaires territoriaux).

Le COCOLUMA

[293] Le Comité de coordination de la lutte contre la précarité alimentaire (Cocolupa) a été créé en septembre 2020 par l'État en réponse à la crise du Covid-19, à l'initiative des ministères en charge des Solidarités, de l'Agriculture et de l'Alimentation, et du Logement. Il rassemble les divers types d'acteurs de la lutte contre la précarité alimentaire : associations de solidarité, collectivités territoriales, administrations et institutions, fondations privées, organismes de la recherche publique, etc.

[294] Le Cocolupa a pour objectif de :

- créer un espace de dialogue durable entre les acteurs de la lutte contre la précarité alimentaire ;
- structurer durablement la coordination des acteurs de la lutte contre la précarité, en tenant compte de l'autonomie des personnes, de l'environnement et de la qualité de l'alimentation.

[295] Les travaux animés par le Cocolupa ont différentes finalités : éclairer la décision publique, outiller les acteurs de terrain mais aussi produire de l'expertise et des analyses partagées entre parties prenantes. De nombreux éléments de cette annexe sont issus des travaux des groupes de travail constitués par le Cocolupa.



2.3.2 Au niveau territorial :

Les contrats locaux de santé (CLS)

[296] Le contrat local de santé organise la coopération entre les acteurs locaux, communaux ou intercommunaux, pour définir des actions adaptées aux territoires en matière de santé, y compris en matière de lutte contre la précarité alimentaire.

[297] Les CLS peuvent prévoir différents types de dispositifs :

- Prévention et promotion de la santé en faveur des publics en situation de vulnérabilité économique ou sociale : actions itinérantes telles que des « bus santé » ; des ateliers / espaces d'échanges dans les maisons de quartiers ; des ateliers mobiles pour l'équilibre alimentaire...
- Prévention et promotion de la santé en faveur des enfants : programmes de distribution d'un fruit à la récréation ; jardins pédagogiques...
- Prévention de l'obésité, du surpoids et du diabète : ateliers cuisine ; actions pour adapter les recettes traditionnelles...
- Prévention autour de l'alimentation et de l'activité physique : ateliers culinaires ; jardins thérapeutiques...
- Education et sensibilisation à l'alimentation et à la nutrition : visites et sorties à la ferme ; jardins collectifs...

Les projets alimentaires territoriaux (PAT)

[298] Parmi les objectifs de la politique en faveur de l'agriculture et de l'alimentation énoncés à l'article L.1 du code rural et de la pêche maritime, figure la lutte contre la précarité alimentaire. Les projets alimentaires territoriaux, prévus au même article, concourent donc aussi à cette politique. L'article L.111-2-2 dispose que :

« Les projets alimentaires territoriaux mentionnés au III de l'article L. 1 sont élaborés de manière concertée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire et répondent à l'objectif de structuration de l'économie agricole et de mise en œuvre d'un système alimentaire territorial. Ils participent à la consolidation de filières territorialisées, à la lutte contre le gaspillage et la précarité alimentaires et au développement de la consommation de produits issus de circuits courts, en particulier relevant de la production biologique, ou dans le cadre d'une démarche collective de certification environnementale prévue à l'article L. 611-6. Ils favorisent la résilience économique et environnementale des filières territorialisées pour une alimentation saine, durable et accessible et contribuent à la garantie de la souveraineté alimentaire nationale. »

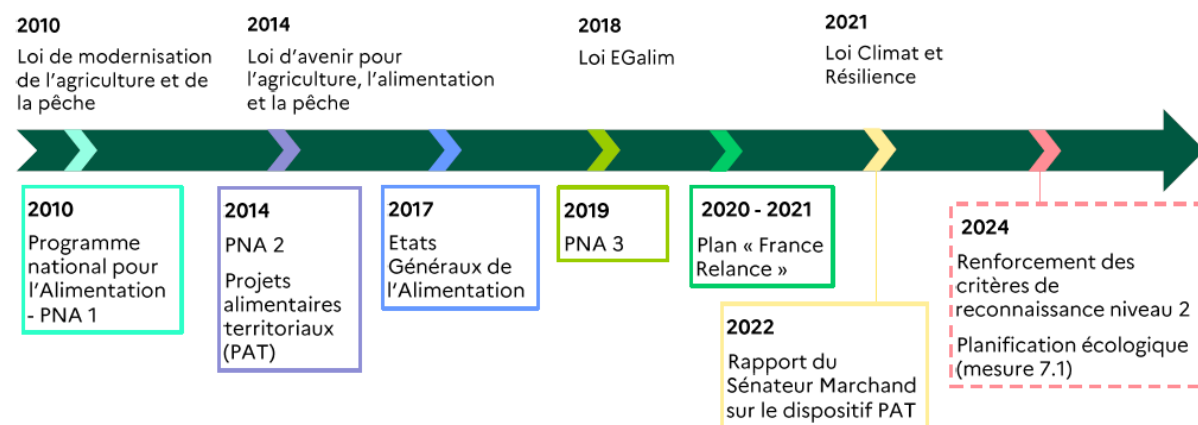
[299] Les projets alimentaires territoriaux (PAT) ont ainsi l'ambition de fédérer les différents acteurs d'un territoire autour de la question de l'alimentation, contribuant ainsi à la prise en compte des dimensions sociales, environnementales, économiques et de santé de ce territoire.

[300] Portés le plus souvent par des collectivités territoriales, ils s'appuient sur un diagnostic partagé de l'agriculture et de l'alimentation sur le territoire et la définition d'actions opérationnelles visant la réalisation du projet, dans le cadre d'une démarche ascendante.

[301] Après l'introduction de dispositions législatives relatives aux PAT en 2014, une première phase de déploiement du dispositif s'est opérée de 2016 à 2020, notamment avec l'accompagnement financier de PAT émergents dans le cadre de l'appel à projets annuel du Programme national pour l'alimentation (PNA) et du dispositif de reconnaissance par le ministère de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire.

[302] Le déploiement des PAT s'est fortement accéléré à partir de 2021, sous l'impulsion donnée par le plan France relance, en lien avec une révision du dispositif de reconnaissance des PAT (déconcentration au niveau des DRAAF et introduction de deux niveaux de labellisation : niveau 1 pour les PAT en phase d'émergence et niveau 2 pour les PAT en phase opérationnelle).

[303] En 2024, une nouvelle impulsion a été donnée en termes d'animation, d'accompagnement et d'ambition des PAT. D'une part, les critères de reconnaissance de niveau 2 ont été renforcés afin d'assurer le caractère systémique des PAT, leur articulation avec les schémas structurants du territoire et un suivi renforcé de leur impact. D'autre part, le portail France PAT a été constitué et les réseaux régionaux de PAT consolidés. Le portail numérique France PAT, mis en ligne en mars 2024, s'adresse à tous les acteurs des politiques agricoles et alimentaires locales et offre une gamme de services pour accompagner les PAT dans leur développement (cartographie interactives PAT et base de données regroupant des indicateurs et des informations détaillées sur les actions et thématiques de chaque PAT). En juin 2023, un premier carrefour des PAT a réuni près de 300 participants pour échanger sur les retours d'expérience et discuter des conditions nécessaires au changement d'échelle des PAT. Le deuxième carrefour des PAT s'est déroulé en octobre 2024, sous forme de webinaires thématiques, dont l'un consacré à l'articulation entre CLS et PAT.



DGAL

2

01/07/2024

[304] L'édition 2023/2024 de l'appel à projets (AAP) national du programme national pour l'alimentation (PNA) était composée d'un volet 1 territorial, consacré à l'émergence des PAT, et d'un volet 2 destiné à soutenir des projets structurants à une échelle essentiellement nationale ou interrégionale. Doté de plus de 4,85 millions d'euros au total sur les deux volets, cofinancé par le ministère de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire, le ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités et l'ADEME, l'AAP national a retenu 22 lauréats sur le volet 1 (plus de 2 M€) et 42 lauréats sur le volet 2 (près de 2,75M€).

[305] En novembre 2024, le ministère de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire a lancé l'édition 2024 / 2025 de l'appel à projets du Plan national pour l'alimentation. Dans la continuité

des précédents appels à projets, l'édition 2024-2025 poursuivra le soutien à l'émergence de nouveaux projets alimentaires territoriaux (PAT), avec une priorité donnée aux territoires qui ne sont pas encore couverts par un PAT et au déploiement de projets fédérateurs, exemplaires ou innovants à l'échelle nationale ou interrégionale visant une alimentation plus durable, de qualité, favorable à la santé et accessible à tous.

Tableau 2 : Financement des appels à projets PNA

2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024
DGAL: 279 K€	DGAL: 716 K€	DGAL: 1,5 M€ ADEME: 500 K€	DGAL: 1 M€ ADEME: 400 K€ DGCS: 100 K€	DGAL: 1 M€ ADEME: 400 K€ DGCS: 200 K€ CGET: 50 K€	DGAL: 1,3 M€ ADEME: 500 K€ DGCS: 200 K€	DGAL: 1,3 M€ ADEME: 4,6 M€ DGCS: 200 K€ MASA Plan de relance: 7,7 M€	DGAL: 1,15 M€ ADEME: 660 K€ DGCS: 200 K€ MASA Plan de relance: 400 K€	DGAL: 1,3 M€ ADEME: 1 M€ DGCS: 200 K€ DGS: 500 K€	DGAL: 1,3 M€ ADEME: 1 M€ DGCS: 200 K€ DGS: 340 K€ MASA (abondement exceptionnel) 2 M€
279 K€	716 K€	2 M€	1,5 M€	1,65 M€	2 M€	13,7 M€	2,41 M€	3 M€	4,84 M€

DGAL: Direction générale de l'alimentation (ministère de l'Agriculture et de la Souveraineté alimentaire)

DGCS: Direction générale de la cohésion sociale (ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités)

DGS: Direction générale de la santé (ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités)

CGET: Commissariat général à l'égalité des territoires (remplacé en 2020 par l'Agence nationale de la cohésion des territoires – ANCT)

MASA: Ministère de l'Agriculture et de la Souveraineté alimentaire

[306] Par ailleurs, dans le cadre du volet agricole et alimentaire de la planification écologique et du fonds en faveur de la souveraineté et des transitions, le ministère de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire a en juillet 2024 lancé un appel à candidatures « Soutien au déploiement des projets alimentaires territoriaux (PAT) ». Ce dispositif, géré par les directions régionales en charge de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF/DAAF), vise à soutenir le passage en phase opérationnelle (PAT de niveau 2). 15 millions d'euros sont ainsi consacrés sur cette enveloppe à l'émergence de PAT, au soutien de PAT opérationnels et au renforcement des dynamiques de mise en réseau.

[307] Enfin, dans le cadre du plan France Relance, une enveloppe de 7,7 millions d'euros a été allouée pour soutenir l'émergence de nouveaux PAT, tandis que 77 millions d'euros ont été consacrés aux investissements structurants de ces projets, avec plus de 650 projets retenus⁶.

Le programme « Mieux Manger Pour Tous » (MMPT)

[308] La mise en place fin 2023 d'un fonds d'aide alimentaire durable, décliné à travers le programme « Mieux manger pour tous », vise à améliorer l'accès des publics en situation de précarité aux denrées alimentaires de bonne qualité nutritionnelle et durable.

⁶ Bilan du PNA 4, novembre 2024

[309] Ces moyens nouveaux s'inscrivent dans la suite des travaux de la convention citoyenne pour le climat et de la loi EGAlim, avec les objectifs suivants :

- **améliorer la qualité nutritionnelle et gustative** de l'approvisionnement en denrées de l'aide alimentaire ;
- **réduire l'impact environnemental** du système d'aide alimentaire ;
- permettre le **renforcement et l'évolution des dispositifs** locaux de lutte contre la précarité alimentaire ;
- soutenir la **participation et l'accompagnement des personnes en situation de précarité alimentaire** dans l'évolution des pratiques alimentaires.

[310] Le programme pluriannuel a été inscrit dans le Pacte des solidarités 2023-2027 et doté d'un montant de **60 millions d'euros** en 2023. Il se décline en deux volets : national et local.

[311] Un volet national a pour objectif d'accroître l'offre de l'aide alimentaire en fruits, légumes, légumineuses et produits sous labels de qualité. Il vise à faciliter l'accès des personnes en situation de précarité alimentaire à des denrées plus saines et plus durables, en respectant la saisonnalité des produits frais et en privilégiant une politique en matière d'achat qui favorise les approvisionnements de proximité et locaux. Il s'agira ainsi de viser à moyen terme la conformité des approvisionnements aux recommandations du Programme national nutrition santé

[312] Ce volet est destiné aux associations habilitées pour l'aide alimentaire au niveau national qui ont soumis un dossier sur la base de lignes directrices élaborées par l'administration.

[313] Des conventions sur trois ans (2023 - 2025) ont été signées avec treize associations : ANDES, Croix-Rouge française, Fédération de l'Entraide Protestante, Fédération française des banques alimentaires, Fédération des Paniers de la Mer, Fondation de l'Armée du Salut, Réseau Cocagne, Restaurants du Cœur, Revivre dans le monde, Secours Catholique, Secours populaire français, UGESS, VRAC.

[314] Un volet local, mis en œuvre par les services déconcentrés au niveau régional (sur la base d'un appel à projets et/ou sur la base de subventions directes sans appel à projets), a pour objectif de développer des actions de lutte contre la précarité alimentaire autour de quatre axes :

- Le développement d'alliances locales de solidarité alimentaire « producteurs-associations-collectivité » ;
- Le soutien d'actions de lutte contre la précarité alimentaire au sein des projets alimentaires territoriaux ;
- Le soutien d'expérimentations portant la transformation de l'organisation de la lutte contre la précarité alimentaire dont les expérimentations en matière de transfert monétaire tels que des chèques alimentaires durables ;
- L'amélioration de la couverture des zones blanches de l'aide alimentaire.

[315] Les résultats des AAP régionaux 2024 ont été communiqués à la mi-octobre dans plusieurs régions : Vendée / Pays-de-la-Loire : [REPUBLIQUE FRANCAISE \(drees.gouv.fr\)](https://drees.gouv.fr) ; Jura / Bourgogne-Franche-Comté : [Lauréats 2024 MMPT BFC sans montant.xlsx \(drees.gouv.fr\)](https://drees.gouv.fr).

Le dispositif « Cantine à 1 € »

[316] Le Pacte des solidarités 2023-2027 prévoit la prolongation du dispositif « Cantine à 1€ » ainsi que le renforcement du soutien aux communes pour l'amélioration de la qualité des repas. Dans la mesure où les élèves de familles défavorisées accèdent moins à la cantine alors qu'il s'agit parfois du seul repas complet de la journée et d'un déterminant essentiel de leur réussite scolaire, l'Etat accompagne les petites communes rurales dans la généralisation de la tarification sociale des cantines. Le soutien de l'Etat passe de 3 à 4€ pour chaque repas tarifié à moins d'1€ pour les communes qui s'engagent en faveur de la qualité des repas. L'objectif est que 200 000 élèves puissent bénéficier de la mesure en 2027.

[317] A noter qu'en Guadeloupe, les services de l'Etat et la CAF ont impulsé un "plan cantines", financé en partie avec les crédits du Pacte des solidarités, afin de développer la fréquentation des cantines scolaires au sein de l'ensemble des communes du département.

2.4 Les catégories de dispositifs

[318] Le Cocolupa a identifié les principales caractéristiques des dispositifs de lutte contre la précarité alimentaire et les a classées dans les catégories suivantes :

- **Accès à l'alimentation** : par une diversification des sources d'approvisionnement, comprenant des produits frais ; la couverture des zones blanches (« déserts alimentaires ») ; des horaires d'ouverture adaptées et une pratique de l'aller vers.
- **Inclusion sociale**, favorisant la dignité, l'autonomie et l'inclusion des personnes : mise en œuvre d'un accompagnement des personnes vers la sortie de la précarité ; la possibilité laissée à la personne de composer son alimentation en fonction de ses préférences culturelles et gustatives ; mixité sociale ; participation au fonctionnement de la structure ; participation financière ; organisation d'événements pédagogiques autour de l'alimentation.
- **Durabilité et justice sociale** : approvisionnement en circuits courts de proximité ; sobriété de conditionnement (réduction des emballages) ; juste rémunération des producteurs ; insertion par l'activité économique

[319] Les formes concrètes prises par les dispositifs sont très diverses : distributions de colis alimentaires (ou paniers alimentaires), de paniers solidaires de produits frais ou de repas ; épiceries sociales et solidaires ; groupements d'achats citoyens ; jardins collectifs ; maraudes alimentaires ; restaurants sociaux et solidaires ; transferts monétaires.

3 La santé mentale des adolescents

3.1 Cadre général – enjeux politiques internationaux

[320] Les données OMS sur la santé mentale à l'adolescence et au début de l'âge adulte mettent en évidence l'importance de la dimension santé mentale ainsi que la variété des déterminants⁷.

- Le droit des enfants de survivre, de grandir et de s'épanouir est consacré dans des textes juridiques internationaux. Le Comité des droits de l'enfant a publié en 2013 des lignes directrices sur le droit des enfants de jouir du meilleur état de santé possible, puis en 2016 une observation générale sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence. Ces textes mettent en avant l'obligation des États de reconnaître les besoins et les droits particuliers des jeunes en matière de santé et de développement.
- L'adolescence est une période cruciale pour l'adoption d'habitudes sociales et émotionnelles importantes pour le bien-être mental. Il s'agit notamment pour les adolescents d'adopter des rythmes de sommeil sains, d'avoir une activité physique régulière, de développer leurs capacités d'adaptation, et d'apprendre à résoudre des problèmes, à nouer des relations interpersonnelles et à gérer leurs émotions. Un environnement protecteur et favorable au sein de la famille, à l'école et dans la communauté en général joue également un rôle.



Source : Eduscol – Ministère de l'Éducation nationale – d'après Santé publique France

⁷ [Santé mentale des adolescents](#)

- De multiples facteurs ont une influence sur la santé mentale. Plus les facteurs de risque auxquels sont exposés les adolescents sont nombreux, plus l'impact potentiel sur leur santé mentale est important. Parmi les facteurs qui peuvent contribuer au stress à l'adolescence, il y a l'adversité, la pression pour se conformer à ses pairs et l'exploration de l'identité. L'influence des médias et les normes de genre peuvent exacerber le décalage entre la réalité vécue par un adolescent et ses perceptions ou aspirations pour l'avenir. D'autres déterminants importants de la santé mentale des adolescents sont la qualité de leur vie familiale et leurs relations avec leurs pairs. On sait que la violence (en particulier la violence sexuelle et le harcèlement), une éducation sévère, les problèmes graves et les difficultés socioéconomiques font peser un risque sur la santé mentale.
- La moitié des troubles de santé mentale à l'âge adulte se manifestent dès l'âge de 14 ans, mais la plupart des cas ne sont ni détectés ni traités.
- L'apparition précoce de la consommation de substances psychoactives est associée à un risque accru de dépendance et de survenue d'autres problèmes à l'âge adulte, et les jeunes sont nettement plus touchés par la consommation de substances psychoactives que les personnes plus âgées.
- La dépression et l'anxiété sont parmi les principales causes de morbidité et d'incapacité à l'adolescence, et le suicide est l'une des principales causes de décès chez les 15-19 ans.

[321] En 2018, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a créé le groupe consultatif GAMA (*Global Action for the Measurement of Adolescent health*) pour améliorer la santé des adolescents aux niveaux mondial, régional et national. GAMA a mis en place un réseau de partenaires, notamment des acteurs de l'évaluation de la santé des adolescents, afin de promouvoir l'atteinte des objectifs fixés et d'échanger sur les développements récents en matière d'évaluation.

3.2 Cadre général – chronologie de la structuration d'une politique publique en France

Les Rencontres Nationales de l'adolescence et la conférence de la famille centrée sur l'adolescence - 2003 / 2004. Parmi les décisions annoncées ⁸ :

- Favoriser la création de maisons des adolescents ;
- Instaurer un entretien de santé personnalisé en classe de 5^{ème} ;
- Améliorer la formation en santé des professionnels qui sont en contact avec les adolescents ;
- Elargir les services d'écoute téléphonique aux questions liées à la santé, à la sexualité et à la prévention des conduites à risque.

⁸ Adolescence, familles et loisirs - Rapport préparatoire à la conférence | vie-publique.fr

Le Plan gouvernemental « Bien-être et santé des jeunes » - 2016⁹. Principales recommandations :

- Rencontrer gratuitement le médecin de son choix pour une évaluation de ses besoins et, si c'est nécessaire, de bénéficier au plus de dix séances avec un psychologue ;
- Formation initiale et continue systématique et renforcée des personnels enseignants et d'éducation à la psychologie de l'adolescent et aux problématiques de santé des jeunes ;
- La création d'une permanence téléphonique dédiée à tous les personnels des établissements scolaires du second degré, de l'enseignement supérieur et des institutions, associations et services éducatifs qui prennent en charge les activités sportives, culturelles et de loisirs des jeunes ;
- La création du corps unique des psychologues de l'Éducation nationale (PsyEN) ;
- Le renforcement de la médecine scolaire dans les collèges et les lycées ;
- Le renforcement de la médecine universitaire d'une part (SMU) et des bureaux d'aide psychologique universitaires (BAPU) de l'autre ;
- Une augmentation des ressources en psychiatrie de l'adolescent de 25% ;
- Le développement de Maisons des adolescents de 2ème génération, d'abord par la création de maisons dans les départements qui n'en avaient pas encore et par l'implantation d'antennes pour augmenter leur couverture territoriale ;
- La création d'un Institut National de la Santé des Jeunes qui coordonne dans un même lieu les initiatives de prévention, d'intervention, de formation et de recherche.
- La mise en œuvre d'un pilotage national et territorial du plan « Bien-être et Santé des Jeunes ».

Le Groupe de Travail « Pour un droit des adolescents à une vie épanouie » dans le cadre de la Stratégie de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes – 2018¹⁰. Recommandations :

- Accélérer la mise en œuvre du plan « Bien-être et santé des jeunes » adopté en novembre 2016 (identification des souffrances, orientations, prévention, prises en charge précoces, réduction des inégalités), en s'appuyant sur le réseau des Maisons des Adolescents, ainsi que sur les Points Accueil et Ecoute Jeunes (PAEJ) ;
- Etablir un plan de relance des réseaux de soin locaux de santé mentale (CMP, CMPP, plateaux techniques mobiles...), sur la base d'objectifs de recours aux soins (comprenant une focale sur les adolescents et les jeunes), d'indicateurs de mesure de recours associés à ces objectifs, et de mécanismes incitatifs associés ;
- Opérer un focus sur l'équilibre « vie réelle / vie virtuelle ».

⁹ Mission bien-être et santé des jeunes | Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche

¹⁰ Stratégie Nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté de jeunes, rapport du groupe de travail « Accès aux droits et aux services », 2018.

Les assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant - 2024¹¹.

[322] Le Gouvernement a présenté, le 24 mai 2024, une feuille de route 2024 – 2030 pour la santé de l'enfant, qui intègre notamment l'axe de travail suivant : « Améliorer plus spécifiquement la prise en charge et la réponse en matière de santé mentale des enfants et adolescents ». Cet axe se décline notamment de la façon suivante :

- Renforcer les Maisons des adolescents (MDA), pour en faire une ressource d'expertise sur tous les territoires ;
- Améliorer la réponse en pédopsychiatrie à travers le renforcement de l'offre en ambulatoire et en hospitalisation, notamment en post-urgence.

La santé mentale, Grande cause nationale 2025¹².

[323] Le Gouvernement a présenté, jeudi 11 octobre 2024, les quatre objectifs prioritaires pour promouvoir la santé mentale, érigée Grande cause nationale pour l'année 2025 :

- La déstigmatisation, afin de changer le regard des Français sur les troubles psychiques et les troubles mentaux ;
- Le développement de la prévention et du repérage précoce, par la sensibilisation et la formation dans toutes les sphères de la société ;
- L'amélioration de l'accès aux soins partout sur le territoire français, par la gradation des parcours, le développement des nouveaux métiers de la santé mentale en veillant aux soins des personnes les plus fragiles et présentant les troubles les plus complexes ;
- L'accompagnement des personnes concernées dans toutes les dimensions de leur vie quotidienne, comme la formation, l'emploi, le logement, l'accès aux loisirs, etc.

3.3 Les dimensions du bien-être et de la santé mentale des adolescents

3.3.1 La souffrance psychique des adolescents

[324] Selon Santé Publique France¹³, la santé mentale des 11-24 ans s'est dégradée ces dernières années, et particulièrement entre 2020 et 2023 :

- Les recours aux soins d'urgence pour troubles de l'humeur, idées et gestes suicidaires ont fortement augmenté en 2021 puis 2022, pour rester depuis à un niveau élevé. Chez les jeunes de 18-24 ans, la hausse s'est même poursuivie de façon marquée en 2023.
- Aussi, les 18-24 ans étaient 20,8 % à être concernés par la dépression en 2021, contre 11,7 % en 2017.

¹¹ ASSISES DE LA PÉDIATRIE ET DE LA SANTÉ DE L'ENFANT

¹² La santé mentale, Grande cause nationale en 2025 | info.gouv.fr

¹³ Dossiers documentaires - Santé des adolescents et des jeunes (sfsp.fr)

- Parmi les jeunes de 17 ans, 9,5 % étaient concernés par des symptômes anxio-dépressifs sévères en 2022 contre 4,5 % en 2017 et 18 % ont eu des pensées suicidaires dans l'année contre 11 % en 2017.

[325] Une étude récente de la DREES¹⁴, met en évidence que la dégradation de la santé mentale des adolescents et jeunes adultes est particulièrement forte chez les femmes et que cette évolution a commencé vers 2016, avant donc l'épisode du COVID (qui a accentué la tendance). Il apparaît difficile d'expliquer de manière satisfaisante les tendances observées et les explications avancées (sexualisation des corps, réseaux sociaux, éco anxiété...) ne sont que des hypothèses.

[326] Plus d'un tiers des 18-24 ans estime ne pas prendre soin de sa santé mentale. Chez les 18-24 ans, les principaux freins à la consultation d'un « psy » sont le prix de la consultation, la difficulté à se confier ou la crainte de ce qu'ils pourraient découvrir sur eux, et la peur que l'entourage l'apprenne⁵.

3.3.2 L'organisation du soin et ses dispositifs

[327] Les services en hôpitaux généraux ou en hôpitaux universitaires peuvent être sectorisés ou non selon les endroits¹⁵. Et, dans ces lieux, les consultations peuvent être gratuites ou payantes et remboursées comme pour n'importe quelle autre spécialité. A côté de ces services de soins, d'autres types d'institutions ou de dispositifs ont été créés pour répondre aux besoins médico-sociaux :

- Les Centres médico-psychologiques (CMP) comme pivot, rattachés aux hôpitaux : 2000 unités générales et 1500 infanto-juvéniles (CMPEA).
- Les Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), dont les premiers ont été créés dans les années 1945-1950, généralement associatifs, pour la prise en charge des troubles précoces des apprentissages.
- Des Centres d'aide psycho-pédagogiques (CAPP) qui se sont tournés vers les collégiens, ainsi que des Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP).
- Les centres municipaux de santé, comprenant aussi des professionnels du domaine social et médicosocial, interviennent en complémentarité avec les CMPP.
- La « Consultation des jeunes » (en 1995), qui conduit à la création de deux dispositifs en 1996 et 1997 : les Points d'accueil pour les jeunes (PAJ) pour les adolescents de 10 à 25 ans, et les Points écoute pour les jeunes (PEJ) et/ou parents qui, en 2002, sont fusionnés dans des Points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ). Leur mission est l'accueil, l'écoute et l'orientation pour des jeunes de 12 à 25 ans. Les rôles des PAEJ et des MDA sont complémentaires et se répartissent en fonction des histoires et des contextes.
- Dans plusieurs villes de France à la fois, des innovations ont pris plusieurs formes : unités d'hospitalisation spécifiques de courte durée (crises) ou de plus longue durée, à temps plein

¹⁴ DREES, Observatoire national du suicide, "Suicide : mal-être croissant des jeunes femmes et fin de vie - Penser les conduites suicidaires aux prismes de l'âge et du genre - 6ème rapport", février 2025

¹⁵ Données du plan "Bien-être" de 2016 et du rapport "La prise en charge des troubles psychiques et psychologiques : un enjeu majeur pour notre société" publié en juillet 2024 par le Haut-Commissariat au Plan.

ou en hospitalisation de jour ; Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), avec des horaires aménagés pour ne pas trop perturber la scolarité.

- Depuis 2005, on assiste aussi au déploiement des « équipes mobiles de psychiatrie » ou « équipes mobiles psychiatrie-précarité » (EMPP), destinées à aller aux devants des personnes démunies, en souffrance psychique et en situation de grande précarité ou d'exclusion sociale, qui ne sont pas dans un circuit de droit commun et qui présentent des difficultés d'accès aux soins psychiatriques. Il peut s'agir de personnes hébergées en structure mais aussi de personnes âgées, d'adolescents, voire de personnes ayant un domicile mais ne pouvant accéder aux soins.
- Les Maisons des adolescents (MDA), dispositifs essentiellement sanitaires, associatifs ou départementaux, ont été créées en 1999. Elles ont obligatoirement pour mission l'accueil, l'écoute, l'évaluation, le conseil aux jeunes, à leurs parents et aux professionnels, ainsi que la mise en place de soins quand cela est nécessaire. Actuellement, des prises en charge médicales, psychologiques et pédopsychiatriques sont assurées au sein des MDA ou organisées en partenariat formalisé avec des services de soins. Actuellement, la France compte 102 Maisons des Adolescents. Un rapport de l'IGAS en 2013¹⁶ a permis d'établir que le succès de ce dispositif pouvait être imputé à des démarches innovantes : le strict respect de la notion de parcours individuel ; la recherche d'un fonctionnement en réseau de toutes les institutions et services de manière à favoriser la prise en charge globale du jeune ; la constitution d'un maillage territorial des réponses pour éviter le plus possible d'avoir à les différer ; la mise en œuvre d'aides, accompagnements, de prestations ou de soins qui contribuent à la santé du jeune dans son contexte personnel, scolaire et social ; l'intégration des personnels des MDA et des services partenaires dans un travail multidisciplinaire.

3.3.3 L'enjeu des compétences psychosociales

[328] Comme indiqué *supra*, la santé et le bien-être des enfants tiennent à un ensemble de facteurs, eux-mêmes en partie corrélés aux conditions de vie de l'enfant (famille, école, amis, environnement social).

[329] De nombreux travaux de recherche ont également illustré, ces dernières années, que le bien-être pouvait également être favorisé par le développement des compétences dites « psychosociales » chez l'enfant et l'adolescent¹⁷.

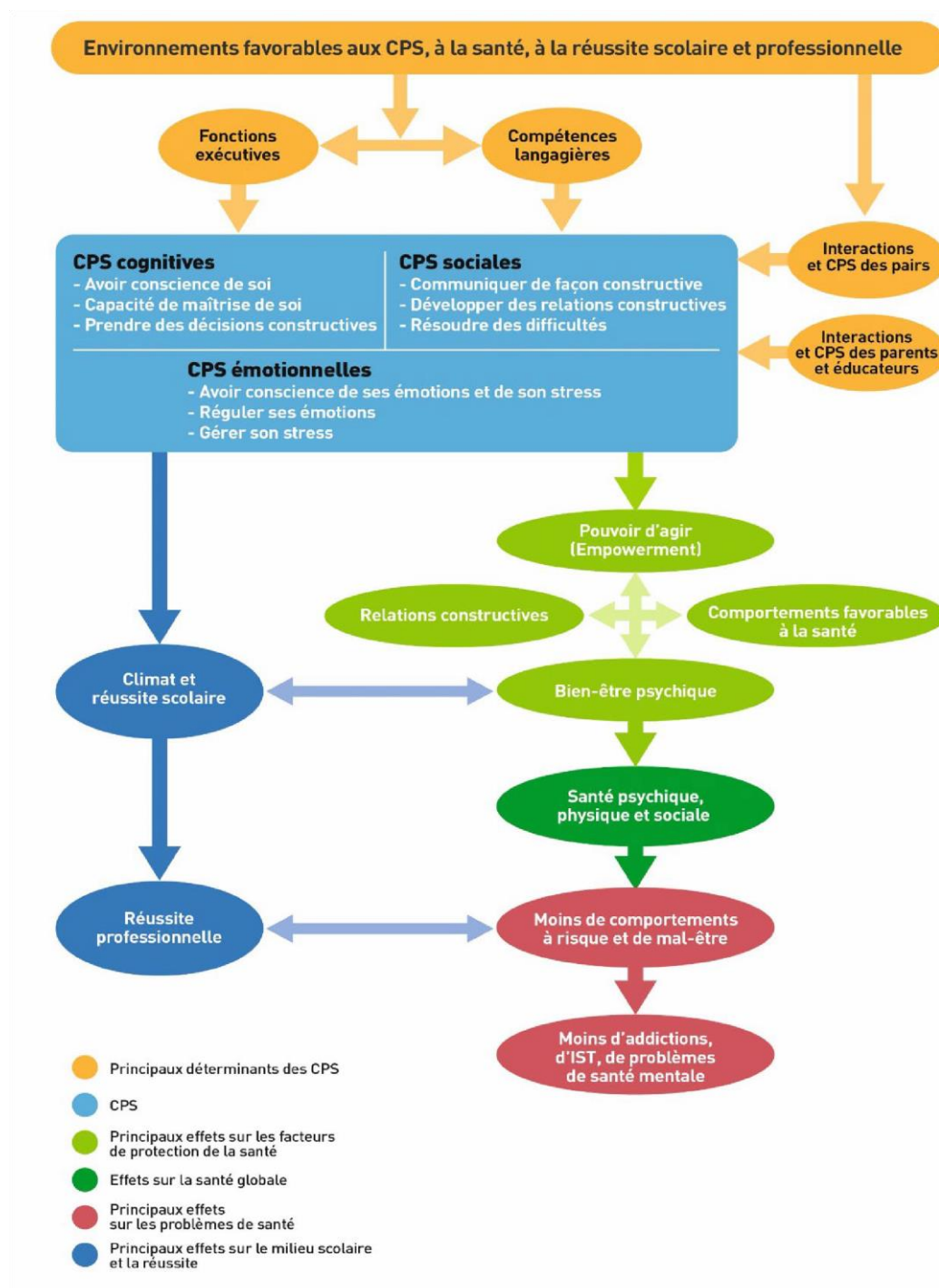
[330] Affichés dans plusieurs plans gouvernementaux, l'objectif et les modalités de leur déploiement à grande échelle ont été détaillés dans une instruction interministérielle d'août 2022¹⁸. Ils relèvent des dynamiques mises en place localement sous l'égide de l'agence régionale de santé et du rectoral ainsi que de l'engagement volontaire de communautés éducatives

¹⁶ IGAS, *Evaluation du dispositif « Maison des adolescents »*, 2013

¹⁷ [Agir pour favoriser la santé mentale et le bien-être des élèves | éducol | Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche | Dgesco](#)

¹⁸ L'instruction interministérielle sur le développement des CPS affiche l'objectif de 50 % des enfants de 3 à 12 ans (4 millions d'enfants) et de 30 % des jeunes de 13 à 18 ans (1,5 million de jeunes) bénéficiant d'interventions pluriannuelles à l'horizon 2037.

diverses : communes, établissements scolaires, établissements sociaux et médico-sociaux, cités éducatives, acteurs du péri-scolaire ou des activités sportives, culturelles ou de loisirs...



Source : Les compétences psychosociales : état des connaissances scientifiques et théoriques, Rapport complet, Santé Publique France, octobre 2022, p24

3.3.4 La santé affective et sexuelle

[331] Selon les données sur la santé sexuelle des adolescents en France de l'enquête EnClass de 2022¹⁹, les adolescents français sont proportionnellement moins nombreux que leurs homologues à l'étranger à avoir eu des rapports (14 % de filles et 16 % des garçons). La France figure parmi les 10 pays les plus utilisateurs de préservatifs à l'adolescence lors du premier rapport avec 70% de déclarations d'usage chez les 2 sexes tout autant que la pilule contraceptive (42% chez les filles et 36% chez les garçons). Les taux d'adolescents de 15 ans non protégés lors de leur dernier rapport sexuel sont de 15 % chez les filles et 25 % chez les garçons, faisant de notre pays l'un de ceux où les adolescents sont le mieux protégés (derrière la Suisse, l'Autriche et l'Allemagne). Depuis 2018, ce taux est stable chez les garçons et s'est un peu amélioré chez les filles de 15 ans.

La feuille de route gouvernementale « Santé sexuelle - 2021-2024 »²⁰. Parmi les objectifs :

- Poursuivre résolument l'information, la promotion et la formation à la santé sexuelle dans tous les milieux, à toutes les étapes de vie pour agir en profondeur sur la perception de la santé sexuelle et favoriser l'égalité de genre, ainsi que la lutte contre les discriminations et les violences sexistes et sexuelles ;
- Renforcer l'éducation à la sexualité des jeunes en milieu scolaire, universitaire, et extrascolaire ;
- Faire de la proximité un principe d'action et adapte en conséquence, les modes d'agir aux spécificités des territoires ou des besoins des populations notamment celles les plus éloignées du système de santé ;
- Renforcer les liens entre la santé mentale et la santé sexuelle dans la prise en charge des adolescents ;
- Accompagner les Maisons des Adolescents ; dans le repérage et la prise en charge des questions traitant de la santé sexuelle ;
- Renforcer les connaissances en santé sexuelle des jeunes dans le cadre du Service National Universel (SNU).

Les Centres de santé sexuelle – données du Rapport IGAS 2011²¹ :

- Les mineurs qui représentent 30% du public accueilli, les personnes en difficulté sociale peuvent rencontrer des difficultés à se tourner spontanément vers un médecin généraliste, a fortiori vers un gynécologue, pour aborder les questions de sexualité : les CPEF offrent une alternative perçue comme plus accessible psychologiquement et financièrement.
- Les activités de planification peuvent être assurées en gestion directe par les départements : les personnels des CPEF sont alors des employés départementaux, rémunérés par le conseil général (éventuellement sous forme de vacations). Les conseils généraux peuvent aussi en déléguer la gestion par voie de convention à d'autres collectivités (communes par exemple),

¹⁹ Accueil :: Enquête EnClass

²⁰ [synthese strategie_sante_sexuelle_2021-2024.pdf](#)

²¹ [Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan | Igas](#)

à des établissements de santé ou des associations. Les centres en régie directe représentent la moitié des CPEF et les centres en site hospitalier, en gestion déléguée, représentent ¼ de l'ensemble des centres. Ces chiffres moyens recouvrent une grande diversité de situations qui vont de la régie directe exclusive (20 départements) à la délégation intégrale de gestion (14 départements) avec toute la gamme des situations intermédiaires.

- Certaines communes et régions développent également des actions dans le domaine de la planification au titre de leurs compétences facultatives, sous des formes variées : subventions aux établissements, prêt de locaux, financement partiel de la plateforme téléphonique régionale « contraception, IVG » mise en place dans toutes les régions ou encore distribution de chèques offrant un accès gratuit à des prestations de contraception.

3.3.5 L'exposition aux violences

Le plan de lutte contre les violences faites aux enfants 2023-2027²².

[332] Les chiffres clefs :

- Chaque semaine 1 enfant meurt sous les coups de ses parents.
- En 2021, +16 % de violences intrafamiliales non conjugales par rapport à 2020 (selon le ministère de l'Intérieur), dont des violences physiques et sexuelles.
- En 2022, le 119 a traité les situations de 40 334 enfants en danger ou en risque de danger.
- 24 % des Français de plus de 18 ans estiment avoir été victimes de maltraitances graves dans leur enfance (sur un échantillon de 1 000 Français).
- Chaque année 160 000 enfants sont victimes de violences sexuelles, dont 77 % au sein de la famille (estimation CIIVISE).
- Les enfants en situation de handicap ont un risque 2,9 fois plus élevé d'être victime de violences sexuelles.
- En 2021, 13 % des femmes et 5,5 % des hommes disent avoir subi des violences sexuelles dans leur enfance, dont 4,6 % des femmes et 1,2 % des hommes disent avoir subi des violences incestueuses (enquête INSERM).

[333] Les objectifs :

- Protéger les enfants et promouvoir des actions bientraitantes
- Prévenir le passage à l'acte et la récurrence
- Améliorer la prise en charge des enfants victimes
- Soutenir les parents, sensibiliser et mobiliser la société civile
- Outiller et soutenir les professionnels

²² [Plan 2023-2027 contre les violences faites aux enfants : 22 actions pour agir | info.gouv.fr](https://www.info.gouv.fr/fr/plan-2023-2027-contre-les-violences-faites-aux-enfants-22-actions-pour-agir)

- Développer les données et les connaissances pour améliorer la prévention des violences et la protection des enfants

La Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants (CIIVISE).

[334] En 2020, Adrien Taquet, secrétaire d'Etat chargé de l'Enfance, installe la CIIVISE. Inspirée du modèle de la Commission indépendante sur les abus sexuels dans l'Eglise (CIASE), elle a pour objet l'écoute des personnes qui ont été victimes d'inceste et de violences sexuelles pendant leur enfance et l'élaboration de recommandations pour la politique publique²³.

3.3.6 Addictions et écrans

Etude de l'Inserm sur les conduites addictives chez les adolescents - 2014²⁴ :

- L'adolescence s'accompagne de nombreux changements physiologiques et physiques, mais c'est également une étape de maturation et d'évolution psychologique complexe. Le jeune s'affranchit progressivement du lien de dépendance aux parents et développe un niveau élevé d'interactions sociales ; il recherche de nouvelles expériences associant souvent une certaine résistance aux règles établies. L'adolescence constitue également une phase de curiosité, de prises de risque et de défi. C'est principalement à cette période que se fait l'initiation à la consommation de substances psychoactives licites (alcool/tabac) mais aussi de certaines substances illicites (cannabis...) : seuls 6,6 % des adolescents de 17 ans n'ont expérimenté aucun de ces 3 produits.
- La plupart des travaux soulignent que chez les adolescents, une première expérience positive avec des substances psychoactives peut influencer l'évolution de la consommation, favorisant des consommations régulières puis, potentiellement la survenue d'une dépendance.
- Le cerveau de l'adolescent est plus vulnérable aux substances psychoactives que le cerveau de l'adulte. Il présente la particularité d'être dans un état de transition vers l'état adulte. Les processus de maturation cérébrale (qui se poursuivent jusqu'à environ 25 ans) entraînent une vulnérabilité exacerbée de l'adolescent vis-à-vis de la neurotoxicité des substances psychoactives en général. Une zone du cerveau, le cortex préfrontal, qui permet la prise de décision, l'adaptation du comportement à la situation, est plus particulièrement concernée par cette maturation à l'adolescence.
- Quel que soit le produit considéré, la précocité de l'expérimentation et de l'entrée dans la consommation accroît les risques de dépendance ultérieure et plus généralement de dommages subséquents. Produits : alcool, tabac, cannabis, médicaments, boissons énergisantes, poly consommations. Jeux vidéo, internet, jeux d'argent et de hasard.

²³ Le rapport public de 2023 | CIIVISE - Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles faites aux Enfants

²⁴ Conduites-addictives_fascicule_print.pdf

Données sur les conduites addictives des adolescents de 17 ans

[335] Dans l'enquête ESCAPAD 2022, l'Observatoire française des drogues et des tendances addictives met en évidence les grandes tendances suivantes, relatives aux conduites addictives des jeunes de 17 ans²⁵ :

- Une consommation des produits du tabac en forte baisse depuis 2014 ainsi qu'une baisse de la consommation de boissons alcoolisées, de l'usage du cannabis et des autres drogues illicites ;
- Ces baisses générales des prévalences de consommation dissimulent toutefois des situations contrastées :
 - La pratique des alcoolisations ponctuelles importantes (API) persiste et se généralise parmi les buveurs occasionnels, avec une homogénéisation des pratiques entre les filles et les garçons.
 - La hausse de l'usage de la cigarette électronique est importante, en particulier chez les filles, qui présentent aujourd'hui des niveaux supérieurs à celui déclaré par les garçons.
 - Les niveaux d'usage de drogues sont supérieurs parmi les jeunes en apprentissage et parmi les adolescents sortis du système scolaire par rapport aux élèves scolarisés dans le secondaire.

Zoom sur les écrans – Rapport 2024 « Enfants et écrans, à la recherche du temps perdu »²⁶ :

- Les enfants, à l'image de leurs parents, évoluent dans un univers dans lequel les écrans et le numérique occupent une place prépondérante.
- Un consensus scientifique net se dégage sur les conséquences néfastes des écrans sur plusieurs aspects de la santé somatique des enfants et des adolescents. En particulier, l'utilisation des écrans contribue, directement ou indirectement, selon une relation dose-effet, aux déficits de sommeil, à la sédentarité et au manque d'activité physique, à l'obésité et à l'ensemble des pathologies chroniques qui en découlent, ainsi qu'aux problèmes de vue (développement de la myopie et risques possibles pour la rétine liés à l'exposition à la lumière bleue).
- L'adolescence est aussi une période vulnérable à ce titre sur le plan psycho-comportemental. La notion « d'addiction aux écrans » en tant que telle n'est pas encore reconnue par la science, mais les « écrans », et en particulier l'utilisation des réseaux sociaux, semblent être, au-delà des bénéfices qu'ils peuvent apporter, des facteurs de risque supplémentaires lorsqu'il y a une vulnérabilité préexistante chez un enfant ou un adolescent, notamment de dépression ou d'anxiété.
- Dans un contexte de diffusion massive des usages numériques, et de forte fragilisation ces dernières années du bien-être mental des adolescents, notamment des jeunes filles, la

²⁵ <https://www.ofdt.fr/publication/2023/les-drogues-17-ans-analyse-de-l-enquete-escapad-2022-562>

²⁶ [fbec6abe9d9cc1bff3043d87b9f7951e62779b09.pdf](https://www.ofdt.fr/publication/2024/enfants-et-e-crans-a-la-recherche-du-temps-perdu-fbec6abe9d9cc1bff3043d87b9f7951e62779b09.pdf)

recherche doit progresser pour éclairer les décideurs, mais l'attention doit être acquise dès à présent à l'endroit des conceptions délétères de certains services numériques.

- L'accès non maîtrisé des enfants aux écrans et l'insuffisante régulation des contenus auxquels les mineurs peuvent être exposés, en matière de pornographie et d'extrême violence, font peser un risque élevé sur leur équilibre, voire parfois leur sécurité, a fortiori si le dialogue avec les adultes n'est que peu construit. Ils soulèvent, plus largement, des questions sur le plan sociétal, par exemple avec la diffusion massive de certains stéréotypes ou représentations délétères sur les relations entre les hommes et les femmes, sur la sexualité, sur le « vivre ensemble ».
- Les risques d'enfermement provoqués par les bulles algorithmiques doivent être davantage considérés, et les représentations délétères déconstruites.
- Les dangers liés à la pédocriminalité n'ont jamais été aussi élevés, et peuplent tous les espaces numériques sur lesquels se retrouvent les mineurs (jeux vidéo, forums et messageries notamment).

[336] La Commission a émis 29 propositions directrices. Elles sont systématiquement déclinées en différentes mesures plus « opérationnelles ».

- Le premier axe recommande de s'attaquer avec force aux conceptions addictogènes et enfermantes de certains services numériques.
- Le deuxième axe vise à sortir de l'ornière du seul contrôle parental, qui présente ses limites, pour privilégier, grâce à la mobilisation de tous, des solutions technologiques permettant de passer à l'échelle la protection des mineurs contre les contenus illégaux.
- Le troisième axe assume de promouvoir une progressivité dans l'accès aux écrans et les usages qui en sont faits par les mineurs, en fonction de leur âge. Cette logique de « parcours » échelonné, raisonné et accompagné, doit permettre de ne plus « lâcher » les enfants et les adolescents dans le monde numérique sans soutien, ni éducation.
- Cette approche progressive doit se décliner dans le cadre scolaire, avec la nécessité impérieuse de bâtir des cadres de référence entre l'État et les collectivités territoriales.
- Le quatrième axe insiste sur l'urgence à former et accompagner les enfants et les adolescents au numérique, à l'école comme en dehors.
- Enfin, la Commission appelle à massifier, par un engagement majeur et volontariste de toute la société, toutes les propositions alternatives aux écrans, pour donner envie et possibilité aux enfants et aux adolescents de s'investir autrement

3.4 Cadre et outils de l'action territoriale en matière de bien-être et santé mentale des adolescents

3.4.1 Cadre législatif (extraits)

Article L3221-1 du code de la santé publique

La politique de santé mentale comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion.

Article L3221-1-1

L'activité de psychiatrie peut être exercée par les établissements de santé, universitaires ou non, indépendamment de leur statut juridique, et par les hôpitaux des armées. L'activité de psychiatrie s'exerce sous la forme de soins ambulatoires, y compris des soins à domicile, de séjours à temps partiel, de séjours à temps complet ou en accueil familial thérapeutique.

Article L3221-2

Un projet territorial de santé mentale, dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture, est élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs mentionnés à l'article L. 3221-1 et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées.

Article L3221-4

Le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, parmi les établissements de santé autorisés en psychiatrie et assurant le service public hospitalier défini à l'article L. 6112-1, les établissements de santé assurant la mission de psychiatrie de secteur et sa déclinaison pour les enfants et les adolescents.

3.4.2 Les outils de coordination territoriale

Contrat local de santé (CLS)

[337] Il organise la coopération entre les acteurs locaux, communaux ou intercommunaux, pour définir des actions adaptées aux territoires en matière de santé, y compris en matière de bien-être et de santé mentale des adolescents.

Conseil local de santé mentale (CLSM)

[338] Instance de concertation locale, présidée par un élu du territoire, il a pour mission d'améliorer la prévention et le parcours de soin et de vie en santé mentale. Il regroupe des acteurs aux champs de compétences complémentaires :

- Élus locaux,
- Professionnels de la santé mentale et de la psychiatrie,
- Représentants d'usagers et leurs familles,
- Associations et institutions du secteur social et médico-social,
- Éducation nationale,
- Services de police, justice, pompiers etc...

[339] Le CLSM permet une approche locale et participative au service de la prévention et l'accès aux soins en santé mentale dans un objectif de rétablissement et d'insertion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques.

Les projets territoriaux en santé mentale (PTSM).

[340] Les PTSM ont vocation à répondre aux enjeux de santé mentale à partir d'un diagnostic partagé par l'ensemble des parties prenantes sur un territoire donné. Le rapport « Tour de France des PTSM 2024 »²⁷, comporte une série de recommandations :

- Réaffirmer que le volet accompagnement social et médico-social des parcours de vie, incluant l'accès aux droits et à la citoyenneté nécessite une mobilisation interinstitutionnelle et interministérielle fortement soutenue par les collectivités locales et la CPAM ;
- Généraliser le principe d'un volet "parcours de l'enfant et de l'adolescent" incluant la périnatalité ;
- Préciser les modalités d'articulation du PTSM avec les autres instances et démarches de coordinations (CPTS, CLS, CLSM, DAC...).

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) :

[341] Elles constituent des réseaux de médecins et soignants choisissant, à leur initiative, de travailler ensemble au sein d'un même bassin de population. Ainsi, parce qu'elles fédèrent des professionnels différents (libéraux, hospitaliers, médico-sociaux voire sociaux) et donc des compétences variées, elles permettent d'améliorer l'accès aux soins des usagers et de mieux structurer les parcours de santé des patients et résidents.

[342] La souffrance psychique, la santé mentale, la psychiatrie sont au cœur de l'activité des CPTS et mobilisent l'ensemble des acteurs du soins, du médico-social, du social et de la cité. Un groupe

²⁷ [Publication du rapport du Tour de France des Projets territoriaux en santé mentale - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles](#)

de 28 CPTS s'est constitué dès février 2022 au sein de la Fédération nationale des CPTS afin d'élaborer ensemble les outils pour servir la construction et la mise en œuvre des parcours en santé mentale dans les territoires.

L'atelier santé ville (ASV)

[343] C'est un dispositif ciblant la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé dans les quartiers défavorisés, souvent inscrits en politique de la ville. Porté par une collectivité territoriale ou un CCAS/CIAS, l'ASV se concentre sur plusieurs missions clés :

- Diagnostic partagé : améliorer la connaissance de l'état de santé du territoire en identifiant les besoins de la population et les déterminants de santé ;
- Coordination et concertation : faciliter la collaboration entre les différents acteurs locaux pour définir des objectifs prioritaires et développer des partenariats ;
- Renforcement des compétences : informer et former les acteurs locaux pour améliorer leur efficacité ;
- Accès à la santé : soutenir des actions de prévention pour les populations précarisées.

[344] L'ASV doit s'intégrer au CLS pour aligner ses actions dans une stratégie de santé globale. Un centre ressource s'est constitué : la Fabrique Territoires Santé.

3.5 Eléments d'actualité sur l'engagement du bloc communal

Enquête de l'Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale (UNCCAS) – état des lieux de l'engagement des CCAS en matière de santé mentale en 2024²⁸

- Les CCAS/CIAS sont souvent des acteurs clés dans les CLS, CLSM et ASV ;
- 25 % des communes disposent d'un CLSM, et dans 75 % des cas, les CCAS y jouent un rôle actif ;
- À ce jour, seuls 29 % des agents ont été formés aux premiers secours en santé mentale (PSSM), une formation qui permet de former des secouristes capables de mieux repérer les troubles en santé mentale, d'adopter un comportement adapté, d'informer sur les ressources disponibles, d'encourager à aller vers les professionnels adéquats et, en cas de crise, d'agir pour relayer au service le plus adapté²⁹.
- 66 % des CCAS accueillent des jeunes avec des problèmes de santé mentale ;
- Seules 24 % des communes disposent de dispositifs d'hébergement spécialisés, de type "un chez-soi d'abord" ou simplement disposant de professionnels formés ou de partenariats avec les structures de soin, et parmi celles-ci, 60 % des dispositifs sont gérés ou soutenus financièrement par les CCAS.

²⁸ [La santé mentale, une préoccupation majeure pour les CCAS | UNCCAS](#)

²⁹ [Premiers Secours en Santé Mentale France - Page d'accueil](#)

- Près d'un quart des communes mènent des actions de prévention pour sensibiliser la population aux problématiques de santé mentale, ciblant différents publics comme les aidants, les jeunes, et abordant des thématiques telles que les addictions ou le suicide.

L'appel de Nantes – 2022³⁰.

[345] En 2022, la Ville de Nantes organisait le premier colloque international « Villes et Santé mentale ». Les élus, professionnels de santé, chercheurs qui y participent, soulignent que la santé mentale est l'affaire de toutes et tous et qu'il est nécessaire d'aller au-delà de l'approche médicale: « La santé mentale, c'est aussi l'affaire des villes. Nous appelons l'ensemble des gouvernements à augmenter les moyens dédiés à la santé mentale, notamment pour les enfants et les jeunes, mais aussi pour l'ensemble des groupes les plus vulnérables, et à créer des contrats de coopération avec les villes, de façon à construire les politiques nécessaires au plus près des territoires, au plus juste des besoins ».

UNICEF France : un cycle de quatre ateliers à destination des Villes – 2024³¹ :

[346] « Les villes et intercommunalités ont de nombreuses compétences à mettre en œuvre pour agir au quotidien sur le bien-être des enfants. Face à la dégradation de la santé mentale des enfants et adolescents depuis le COVID, l'UNICEF France propose aux Villes amies des enfants de participer à un cycle de Quatre ateliers pour faire de la santé mentale des enfants une priorité locale :

- Atelier #1 : Favoriser une bonne santé mentale des enfants : leviers d'actions des Villes
- Atelier #2 : Les Conseils locaux de Santé mentale : un outil de gouvernance
- Atelier #3 : Déstigmatiser la santé mentale auprès des jeunes
- Atelier #4 : Prendre en compte la santé mentale des enfants et des jeunes dans sa pratique professionnelle

[347] Ces ateliers sont ouverts à tous les agents de la collectivités, concernés de près ou de loin par le sujet et soucieux de mieux comprendre le pouvoir d'action de son service, sa direction et plus largement, sa Ville.

2021 : l'AMF publie un guide intitulé « La santé mentale dans la cité »³² :

³⁰ [2022-12 Appel de Nantes-Colloque Villes et santé mentale.pdf](#)

³¹ Santé mentale des enfants : cycle de 4 ateliers UNICEF France (villeamiedesenfants.fr)

³² [La santé mentale dans la Cité](#)

En quoi les communes sont-elles concernées par la santé mentale ?

Les communes jouent un rôle majeur

La santé n'est pas une compétence obligatoire des communes, mais elle est une responsabilité collective et partagée !

Le rôle et la légitimité des communes à se saisir des enjeux de santé (et donc de santé mentale) ont été renforcés depuis la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST)⁴, dans un contexte de territorialisation de l'action publique en matière de santé.

Les communes jouent un rôle majeur en faveur de la santé, car⁵ :

1. La proximité permet d'ajuster les interventions aux problèmes locaux.
2. Les élu-es ont des leviers d'action pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé sur leur territoire.
3. La santé est un enjeu transversal : toute décision prise par une collectivité a des conséquences sur la santé des habitantes et des habitants.
4. Les collectivités sont à la croisée de multiples services et institutions : elles peuvent agir en faveur d'une approche globale et transversale de la santé.



5. Les communes mettent en œuvre des politiques de santé à l'échelle locale et concourent à la mise en œuvre des politiques de santé régionales et nationales.

6. Le dynamisme et l'attractivité d'un territoire ont pour préalable l'état de santé, le bien-être et la qualité de vie de sa population.

⁴ Loi n°2009-879 du 21/07/09 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁵ D'après l'argumentaire pour aider les élus locaux à mettre en place des dynamiques territoriales de santé du Cnes Paca.

« J'avoue avoir été gênée parce que normalement, tout ce qui a trait à la santé n'est pas une compétence de la ville. Mais en tant que commune, nous entretenons des liens étroits avec le Département, l'ARS, la CNAM. Mieux on s'articulera, plus on proposera des actions santé de qualité. On ne va pas dire à la place des médecins ou de l'hôpital ce qu'il faut faire. Mais on peut faire progresser la santé mentale en resserrant les liens. »

Sylvie JUSTOME, Chargée de la sécurité sanitaire, de la santé et des seniors à Bordeaux (Gironde)

Les communes peuvent améliorer la santé mentale

Les collectivités disposent de compétences pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et ainsi améliorer la santé mentale de leurs habitantes et habitants.

Action sociale

L'action sociale, notamment via les Centres communaux d'action sociale (CCAS), vient en aide aux personnes vulnérables et lutte contre l'exclusion. Or, vulnérabilité et exclusion peuvent être causes ou conséquences d'un problème de santé mentale.

Les maires contribuent au respect des droits de toutes les personnes, y compris celles vivant avec des troubles psychiques. D'autant plus depuis la crise sanitaire, les agents municipaux font face à un besoin d'écoute et d'orientation de la part de personnes en souffrance psychique.

Logement

L'accès et le maintien dans le logement des personnes en situation de handicap psychique sont essentiels pour assurer la continuité des soins et du suivi, dans et hors de l'hôpital, tout en favorisant l'inclusion sociale et l'autonomie, facteurs de rétablissement.

Le ou la maire assure la salubrité et contrôle le respect des règles générales d'hygiène pour les habitations. Certaines situations d'incurie dans le logement nécessitent la mobilisation de professionnels aux compétences complémentaires (habitat, santé, social, etc.).

Sécurité, tranquillité publique

Les personnes vivant avec des troubles psychiques sont plus souvent victimes de violence que le reste de la population et leur sécurité doit être protégée. Même si la plupart des troubles psychiques sont peu visibles, il arrive parfois que des personnes concernées perturbent la sûreté et la tranquillité publiques. Ces situations peuvent être abordées par le Conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance (CLSPD), instance de dialogue entre les acteurs-rices de la sécurité, présidée par le ou la maire.

Elles donnent parfois lieu à une admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État, suite à un arrêté provisoire du ou de la maire (SDRE)⁶.

⁶ Article L3213-2 du Code de la santé publique et article L2212-2 du code général des collectivités.

« On s'occupe de la santé mentale qu'on en soit consciente ou non. Mon rôle, c'est de dépasser l'image réductrice de la santé mentale : c'est tellement plus vaste que la psychiatrie. En tant qu'élue, j'explique aux autres élus de quoi il s'agit. »

Delphine CASTELLI, Adjointe Santé à Dunkerque (Nord)