

Colloque régional

Insertion
des jeunes & santé :
quelles relations de causalité ?

jeudi
12 mars
2009

Région Provence-Alpes-Côte d'Azur
Hôtel de la Région
27, place Jules-Guesde
13002 Marseille

Colloque régional

Insertion des jeunes & santé : quelles relations de causalité ?

Jeudi 12 mars 2009
Hôtel de la Région, Marseille

Sommaire

Allocutions d'ouverture

- Michèle Trégan, p. 4
Vice-Présidente de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur,
déléguée au développement associatif, à la jeunesse et à l'action éducative
- Jean Chappellet, p. 6
Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales PACA
- Pr Roland Sambuc, p. 10
Vice-Président du Comité Régional d'Éducation pour la Santé PACA

Animation de la matinée : Zeina Mansour, Directrice du CRES PACA

Table-ronde n°1 : “État des lieux régional”

- “La précarité juvénile en région PACA : état de la question”, p. 12
Xavier Durang, chargé d'études,
Dispositif Régional d'Observation Sociale PACA
- “La santé des jeunes de la région PACA : données de cadrage”, p. 22
Valérie Guagliardo, statisticienne, Observatoire Régional de la Santé PACA,
INSERM UMR 912 (SE4S)

Table-ronde n°2 : “La santé des jeunes en insertion”

- “État de santé, comportements et environnement social des jeunes p. 31
en insertion professionnelle”,
Dr Jean-Jacques Moulin, Centre Technique d'Appui
et de Formation des centres d'examen de santé (CETAF), Saint-Etienne
- “Jeunes et emploi”, p. 40
Olivier Liaroutzos, Directeur de l'Observatoire régional des métiers PACA
- “Panorama des actions menées en PACA auprès des jeunes 16/25 ans”, p. 44
Zeina Mansour, Directrice du CRES PACA

Animation de l'après-midi : Pr Thémis Apostolidis, UFR Psychologie Sciences de l'éducation, Université de Provence

Table-ronde n°3 : “Quelle prise en charge sanitaire pour les jeunes en insertion ?”

- “Les missions locales : prise en compte de la santé dans le parcours d’insertion” p. 52
Emmanuel Guichard, Délégation régionale des missions locales
- “L’expérience du Comité territorial éducation et formation du Var (COTEFE 07) : le dispositif « Interface prévention santé insertion » ” p. 57
Karin Delrieu, Mutualité Française, et Anne Ascensio, Association Verticale
- “Les activités de l’Espace santé jeunes de Salon-de-Provence”, p. 61
Carmelo Franchina, Directeur
- “Accès à la médecine préventive pour les jeunes en formation ETAPS”, p. 65
Marie-Laure Kergadallan, Ateliers santé ville des Alpes de Haute-Provence, et Sonia Jolly, coordinatrice GRETA 04

Table-ronde n°4 : “La question de la santé en milieu apprentis et étudiants : l’importance de la prévention”

- “La prévention des addictions auprès des CFA et risques au travail”, p. 71
Candice Mordo, éducatrice, AMPTA, Marseille
- “L’œuf du serpent”, p. 79
Jacques Broda, professeur de sociologie, Université de la Méditerranée, IUT d’Aix-en-Provence
- “Alimentation équilibrée et budget chez les étudiants”, p. 86
Brigitte Pavaut, diététicienne, CROUS Aix-Marseille

Clôture

- Michèle Trégan, p. 93
Vice-Présidente de la Région Provence-Alpes-Côte d’Azur,
déléguée au développement associatif, à la jeunesse et à l’action éducative

Allocutions d'ouverture

Michèle Trégan, Vice-présidente déléguée au développement associatif, à la jeunesse et à l'action éducative

Mesdames, Messieurs,

Je suis depuis deux mois vice-présidente déléguée au développement associatif, à la jeunesse et à l'action éducative et j'étais auparavant déléguée à l'emploi et à la formation professionnelle. Le thème que vous abordez aujourd'hui de l'insertion et de la santé des jeunes croise à la fois les compétences que j'avais dans mon ancienne délégation et les compétences que j'ai aujourd'hui. C'est donc un grand plaisir pour moi de vous accueillir aujourd'hui à l'Hôtel de Région à l'occasion du colloque "Insertion des jeunes et santé".

Je voudrais tout d'abord remercier le Comité régional d'éducation pour la santé et notamment le professeur Roland Sambuc, son Vice-président, ainsi que sa directrice Madame Zeina Mansour, pour l'organisation de cette journée.

Je souhaite aussi saluer M. Jean Chappellet, Directeur régional des affaires sanitaires et sociales de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur dont la présence montre bien que la Région et l'Etat travaillent ensemble quand il s'agit de sujets aussi importants que la santé des jeunes.

Le thème du colloque qui nous réunit aujourd'hui est tout à fait important au regard des priorités que s'est fixée la Région concernant sa politique en direction des jeunes.

Bien que la santé ne fasse pas partie des compétences légales des Régions, nous pensons que le Conseil régional a une responsabilité particulière en matière de prévention et d'éducation à la santé, notamment en direction des jeunes.

Comment peut-on, en effet, être chargé de la construction et de l'équipement des lycées, avoir des compétences très larges en matières de formation professionnelle et d'apprentissage, être partenaire essentiel des missions locales, et se désintéresser de ce qui fait l'essentiel de la vie des lycéens, des apprentis, des jeunes accompagnés par les missions locales ou encore des étudiants ?

Nous avons donc fait le choix de nous préoccuper de ces questions au nombre desquelles la santé est l'une des plus essentielles, surtout dans la situation de précarité qui s'aggrave aujourd'hui.

Dans ce contexte, la Région soutient diverses initiatives du secteur associatif en faveur de la prévention et de l'éducation à la santé en direction des jeunes. Pour l'aider à élaborer et à mettre en œuvre cette politique, elle a également établi des partenariats importants avec les centres de ressources de la région, tel que l'Observatoire régional de la santé, le Centre régional d'information et de prévention du Sida, le Centre d'information régional sur les drogues et les dépendances ou encore, bien entendu, le Comité régional d'éducation pour la santé. Elle soutient également les projets portés par les mutuelles, les établissements scolaires, les missions locales ou encore les espaces santé jeunes.

Comme vous pouvez le constater, les préoccupations de la Région rejoignent les vôtres et l'intérêt de l'institution pour la santé des jeunes n'est pas une nouveauté. Par ailleurs, si nous avons souhaité organiser avec le Cres, notre partenaire depuis de nombreuses années, un colloque sur la santé des jeunes en insertion, c'est parce qu'il nous semble que ce public nécessite une attention particulière. La précarité accroît les problèmes de santé. Mais voici la question que je me pose : est-ce que les jeunes n'accèdent pas à la formation et à l'emploi en raison de problèmes de santé ou est-ce qu'ils ont des problèmes de santé parce qu'ils sont rejetés par la société et qu'ils n'ont pas d'emploi ?

Pour ma part, je ne pourrai participer à la totalité de vos travaux mais je vous rejoindrai pour conclure cette journée et relever des pistes d'actions sur certaines thématiques ou certains territoires pour la prise en compte des problèmes de santé par les missions locales, par les COTEFE - Comité d'Orientation Territoriaux d'Éducation, de Formation et emploi- auprès des jeunes en formation sur les premiers savoirs, les ETAPS, Espaces Territoriaux d'Action sur les Premiers Savoirs, ou aussi auprès des Centres de formation d'apprentis.

J'attends de cette journée de travail, à partir des diagnostics posés et des expériences menées, des pistes d'action efficaces.

Les études épidémiologiques, et notamment celles réalisées par le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé -le CETAF- mettent en évidence des problèmes sanitaires plus importants chez les jeunes en insertion que chez les autres jeunes. Consommation plus importante de tabac et d'alcool, perception négative de la santé, problèmes visuels, auditifs et dentaires, méconnaissance du système de soins... sont autant d'éléments inquiétants qui traduisent la nécessité d'une intervention et d'une prise en charge adaptées.

C'est pourquoi vous pouvez être certains que la Région portera le plus vif intérêt aux échanges et travaux de cette journée dans un souci partagé de répondre au plus près aux besoins de santé de nos jeunes.

Au nom du Président Vauzelle, et en mon nom propre, je vous souhaite la bienvenue et une journée de réflexion des plus fructueuses.

Jean Chappellet,
Directeur régional des affaires sanitaires et sociales

Pour aborder le sujet de l'insertion des jeunes et la santé, il me semble qu'il faudrait partir d'un examen épidémiologique et d'un examen de la santé ressentie par les jeunes, ce que je ne ferai pas maintenant d'une part faute de temps et d'autre part parce que vous aurez une intervention à ce sujet durant la journée.

Tout de même, je souhaite faire remarquer que dans ce domaine comme dans d'autres sujets, nous sommes en face d'un paradoxe français : une espérance de vie parmi les plus élevées après 60 ans (selon les données OMS) avec, par ailleurs, une surmortalité prématurée évitable.

Or, cette surmortalité prématurée évitable touche particulièrement les jeunes, et la comparaison avec les autres pays européens est très défavorable pour la France, qu'il s'agisse des accidents, des suicides mais aussi des violences ou des consommations de substances licites ou illicites.

Il faut d'abord rappeler que la majorité des jeunes de 16 à 25 ans est en bonne santé : c'est un constat objectif... mais aussi subjectif puisqu'ils disent eux-mêmes (à 94,7 %) être satisfaits de leur état de santé.

Pour autant, il faut avoir à l'esprit que la jeunesse est un passage difficile, entre l'enfance et l'autonomie.

Et, si la santé des jeunes est bonne dans l'ensemble, les rapports, les experts ou l'expérience de la vie quotidienne nous révèlent des difficultés parfois importantes :

- La dépendance aux produits illicites (cannabis),
- Les mauvaises habitudes alimentaires voire les troubles de l'alimentation,
- Les risques liés à la sexualité.

Je souhaite insister sur deux points plus particulièrement :

- Les troubles liés à la souffrance psychique : un adolescent de 16 ans sur 10 a fait une tentative de suicide (enquête ESPAD 2007, le double de 1993), soit 10% des adolescents de 16 ans.

- Les risques liés à l'environnement dont on parle peu : le Grenelle de l'environnement a pointé que les jeunes sont plus sensibles aux atteintes liées à l'environnement.

Comme toujours, les inégalités sociales constituent l'un des déterminants majeurs des inégalités de santé. Ceci a été largement souligné lors du congrès national des ORS qui s'est déroulé à Marseille les 16 et 17 octobre 2008, et les inégalités de santé s'accroissent.

Dans ce domaine, les jeunes français sont mal servis : ils ont le taux de pauvreté le plus élevé dans la population et l'un des taux d'emploi les plus faibles de l'OCDE. Et leur niveau de vie augmente moins vite que celui des autres catégories d'âge.

Dès l'année dernière, pour mieux protéger la santé des jeunes tout en répondant à leur besoin d'autonomie et de responsabilité, le Ministère de la santé a lancé en février 2008 **le plan santé jeunes**. Ce plan repose sur une prise de conscience des acteurs de la santé, de l'insertion professionnelle, sociale et familiale et sur une stratégie de mise en réseau pour des actions coordonnées visant à la fois le bien-être et l'insertion des jeunes, en agissant sur les différentes et multiples composantes de la santé (logement, emploi, culture et sports).

Il y a une évidente cohérence entre la thématique de cette journée et les orientations du Plan.

Ce Plan 2008-2010, qui concerne tous les jeunes de 16 à 25 ans, est structuré autour de 4 axes :

- **Axe 1 : Lutter contre les comportements à risques**

- la lutte contre les pratiques addictives ; sur cette question, il vient d'y avoir un vote au Parlement dans le cadre de la loi "Hôpital, patients, santé et territoires" (HPST) interdisant la vente de certaines substances aux jeunes.

- **Axe 2 : Répondre aux besoins des jeunes les plus vulnérables**

- Un focus particulier sur la souffrance psychique : développer la création de "maisons des adolescents" (une par département d'ici deux ans), structures pluridisciplinaires (santé physique et mentale, éducation sanitaire, prise en charge sociale...) qui seront mises en réseau entre elles et avec les acteurs de terrains et les structures existantes (échanges de pratiques...).

- Développer des équipes mobiles pluridisciplinaires autour des maisons des adolescents (pour aller au devant des jeunes en rupture)
- Faire connaître le numéro vert Fil Santé Jeunes et aller vers un numéro d'appel spécifique à quatre chiffres, facile à mémoriser et bien identifié par les jeunes, d'accès gratuit à partir des téléphones portables.

• Axe 3 : Développer les activités physiques et sportives

• Axe 4 : Permettre aux jeunes de devenir acteurs de leur santé

Vient d'être voté une disposition dans la loi HPST permettant à tous les jeunes de 16 à 25 ans de bénéficier d'une consultation annuelle chez le médecin généraliste sans avance de frais. Car les jeunes et notamment les jeunes de milieux défavorisés ont souvent des difficultés d'accès à la prévention et aux soins.

Mais au-delà du Plan, quelles sont les actions menées en région PACA ?

Tous les intervenants qui vont se succéder à cette tribune sont engagés dans des actions qui font l'objet d'un financement par le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP).

En PACA, le Plan régional de santé publique (PRSP) ne comporte pas de programme spécifiquement à destination des jeunes, hormis le programme 16 "santé scolaire et éducation à la santé". Cependant, plusieurs programmes ciblent les jeunes et notamment les jeunes en insertion qui connaissent de plus grandes difficultés.

Quatre programmes peuvent être plus particulièrement cités sur les thématiques nutrition, addictions et souffrance psychique.

➤ Le **PRAPS** comporte un objectif spécifique intitulé "Contribuer à la réduction des inégalités de santé", qui prévoit notamment le développement des programmes de promotion de la santé et des actions d'éducation pour la santé en direction des enfants, des jeunes et des familles dans les quartiers et territoires vulnérables, et notamment des jeunes en situation de précarité (en particulier les jeunes de 16-25 ans relevant des missions locales).

➤ Dans le programme 5 du PRSP "**Promouvoir une alimentation équilibrée et une activité physique**", les étudiants et adolescents sont l'un des deux publics prioritaires.

En effet, les études, menées par le CROUS d'Aix-Marseille-Avignon et l'INSERM,

ainsi que celle menée par le CROUS de Languedoc-Roussillon, soulignent que les étudiants ne prennent pas en compte les repères alimentaires du PNNS et que certains disposent d'un faible budget alimentaire (moins de 100 € par mois pour un quart d'entre eux, ce qui est le seuil en dessous duquel une alimentation équilibrée est impossible).

➤ Le programme 4 du PRSP "**Réduire les conduites addictives**" développe des actions pour les jeunes de 10 à 26 ans hors les établissements publics de l'Education Nationale et en direction des adultes qui interviennent régulièrement auprès d'eux.

➤ Le programme 13 du PRSP "**Mieux repérer, prévenir et prendre en charge la souffrance psychique et les suicides**", dans son objectif 4 cible les jeunes avec pour objectifs :

- d'une part, de répondre aux besoins de prise en charge post-hospitalière des jeunes suicidants en coordonnant les interventions,
- d'autre part, d'accueillir et orienter de manière appropriée des jeunes en souffrance ou présentant des idées suicidaires ou ayant effectué des tentatives de suicide "banalisées". Ces réseaux ont vocation à améliorer les possibilités d'écoute proposées aux jeunes et à développer des formations multi-partenariales s'adressant aux professionnels les plus concernés (enseignants, missions locales, BIJ, PIJ etc.).

Ensuite par la prise en charge sanitaire et médico-sociale :

➤ Les maisons des adolescents : elles sont trois et bientôt quatre sur la région et nous visons un développement de six à sept dans tous les départements. Elles ont un rôle fondamental pour la santé des jeunes en ne séparant pas une prise en charge psychique et une prise en charge somatique et elles ne font pas de segmentation entre les différents éléments de la vie des jeunes.

➤ A citer également les BAPU : les Bureaux d'Accueil Psychologiques Universitaires qui sont l'équivalent d'un CMPP pour étudiants.

➤ Les dispositifs mis en place dans la prise en charge hospitalière financés par l'Assurance maladie ou par le département comme la maison de l'adolescent 13 financée par le Conseil général des Bouches-du-Rhône.

Cet ensemble d'éléments montre une préoccupation en direction des jeunes et notamment des jeunes les plus défavorisés avec deux maîtres mots : prise en charge globale et prise en charge visant à développer l'autonomie.

Pour conclure, je voudrais mettre l'accent sur un événement actuel, que l'on ne peut passer sous silence lors de l'ouverture de ce forum ; je veux parler du lancement le 9 mars dernier par Martin Hirsch, Haut Commissaire à la Jeunesse, d'une concertation visant à établir une politique de la jeunesse conçue pour favoriser l'accès à l'autonomie.

C'est un objectif qui suppose un travail en commun des associations, des opérateurs, des promoteurs, de toutes les institutions concernées, à commencer par l'Etat évidemment. Je forme le vœu qu'en région PACA, nous puissions nous inscrire dans les expérimentations nationales annoncées, ce qui aura un intérêt évidemment pour la population concernée et pour nos institutions.

Pr Roland Sambuc, Vice-Président du CRES PACA

Merci Madame La Présidente pour l'ouverture de cette journée et merci au nom du CRES pour la qualité des relations que le Conseil régional entretient depuis plusieurs années avec notre association. Ces remerciements vont en particulier à la Commission solidarités, prévention, sécurité avec laquelle le CRES organise chaque année un colloque dans le cadre du contrat de projet Etat-Région.

Ce partenariat s'est diversifié cette année avec deux nouveaux volets :

- Un premier, dans le cadre du Schéma régional des formations sanitaires et sociales, où le CRES apporte à la Région son appui technique pour l'organisation de séminaires destinés aux responsables, enseignants et étudiants des formations du sanitaire et du social de la région.

Ces séminaires se tiennent durant la deuxième quinzaine du mois de mars 2009 à Toulon, Aix-en-Provence, Marseille et Nice.

Ils ont pour objectifs de mieux faire connaître les productions et les ressources disponibles dans les observatoires et centres de ressources de PACA, tels que l'Observatoire régional de la santé (ORS), l'Observatoire régional des métiers (ORM), le Dispositif régional d'observation sociale (DROS), l'Espace Compétences, le CREAM ou encore le CRES.

- Autre volet du partenariat entre le CRES et la Région : **une étude sur les actions en faveur de la santé auprès des jeunes des missions locales de la région**, dont les premiers résultats seront présentés par Zeina Mansour lors de la deuxième table-ronde de cette journée.

Au moment d'ouvrir ce colloque, je rappellerais l'implication du CRES sur le thème de la santé des jeunes.

Le CRES a été associé dès 1998 au Programme régional de santé « Santé des enfants et des jeunes » et s'est depuis beaucoup investi sur ce sujet, qu'il s'agisse des jeunes scolarisés ou hors milieu scolaire, et plus particulièrement sur des thématiques comme la prévention de l'obésité, la prévention du suicide, la précarité ou la contraception.

Aujourd'hui, c'est essentiellement aux jeunes sortis du système scolaire que ce colloque va s'intéresser, et éclairer par nos débats la relation duale qui existe entre la santé et l'insertion et notamment la qualité de l'insertion comme un déterminant de la santé.

Se préoccuper de la santé des jeunes revient tout d'abord à parler de **prévention primaire**, afin d'agir en amont des déterminants de santé, et cela sera débattu tout au long de la journée avec par exemple l'intervention de l'AMPTA sur les dépendances, ou celle du CROUS sur l'alimentation des étudiants.

Se préoccuper de la santé des jeunes, c'est aussi, en aval, s'intéresser à l'**accès aux soins**, et améliorer notamment leur accès aux centres d'exams de santé, lieux privilégiés pour le dépistage de problèmes de santé que les jeunes peuvent rencontrer.

Une large partie de la journée sera consacrée à cette problématique, avec les interventions du Centre technique d'appui et de formation des centres d'exams de santé (CETAF), de l'association régionale des missions locales, ou du Comité territorial éducation et formation du Var.

Je salue une fois encore le partenariat établi entre le CRES et la Région depuis à présent 9 ans et j'exprime le souhait de le voir se maintenir et se développer.

Je remercie tous les intervenants qui ont accepté de contribuer aux réflexions de cette journée, ainsi que les 200 participants inscrits à ce colloque. Vous me permettez de remercier aussi l'équipe du CRES qui, sous la direction de Zeina Mansour, a veillé à la bonne organisation de ce colloque.

Animation de la matinée :

Zeina Mansour, Directrice du CRES PACA

Première table-ronde

État des lieux régional

“Quelques aspects de la précarité juvénile en région PACA”

**Xavier DURANG, chargé d'études, Dispositif Régional
d'Observation Sociale PACA**

Cet exposé sur la précarité juvénile en région PACA renvoie à certaines interrogations de fond du Dispositif régional d'observation sociale (DROS). Car la question des difficultés rencontrées par les jeunes les plus vulnérables a été, il y a cinq ans, la première à avoir été posée à notre dispositif et, aujourd'hui, elle représente le thème de notre prochain colloque qui aura lieu en 2010 dans un contexte où la jeunesse est en première ligne dans la crise économique. Le baromètre CREDOC de Martin Hirsch publié en décembre dernier montrait que les moins de 30 ans ont été les premiers à connaître une forte dégradation de leur situation financière et de leur mode de vie au cours des trois premiers mois de la crise. De façon générale, on note que le chômage des jeunes a augmenté de façon très forte ces six derniers mois ; leurs difficultés à trouver un logement ou un emploi stable sont très préoccupantes.

La première étude publiée par le DROS sur cette question et réalisée par le bureau d'études AMEDIS a permis de faire un état des lieux des différentes formes de précarité vécues par les jeunes. Je vous présenterai certaines des conclusions de ce document dont la synthèse a été publiée dans le cahier du DROS n°2⁽¹⁾.

Avant d'aller au cœur de notre sujet, j'aimerais rappeler quelques définitions sur les jeunes et la précarité et donner quelques ordres de grandeur démographiques sur cette classe d'âges. Tout d'abord, de qui parle-t'on quand on évoque les jeunes ? S'agit'il des 11-19 ans, des 15-24 ans ou des 18-30 ans ? Comment baliser les deux âges ? Personne, et même les scientifiques, n'est vraiment d'accord sur la tranche

⁽¹⁾ DOUARD Olivier, *La précarité juvénile en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : état de la question*, Cahiers du DROS, n° 2, 2008/02, 16 p.

d'âge qui correspond à la jeunesse. Certaines études sur l'adolescence traitent des 11-19 ans tout en parlant des "jeunes". L'étude du DROS avait retenu les 16-25 ans, avec deux balises fixées par la loi : la fin de l'obligation scolaire et l'ouverture des droits au RMI, tranche d'âges qui correspond également à celles du public des missions locales. Le CRIES⁽²⁾ PACA, qui en 2007 avait mis en place un groupe de travail sur les jeunes adultes, avait retenu la tranche d'âge des 18-30 ans, avec une limite haute proche des 28 ans, âge moyen, en France, des mères à la première naissance.

Au-delà des seuils, ce qui est encore plus intéressant, ce sont les trajectoires des jeunes. Cette réalité de la succession des étapes d'insertion, notamment dans le marché du travail, a été mise en évidence par le CEREQ⁽³⁾ avec les enquêtes génération qui ont fait l'objet d'extensions en PACA pour celles de 1998 et de 2004 prises en charge par l'ORM : cette dynamique d'insertion effective fait que trois ans après la sortie de l'école, plus des trois quarts des jeunes sont en emploi ! Comme l'a montré le sociologue Olivier Galland, cette approche de la jeunesse par l'étude de ses trajectoires permet aussi de prendre en compte l'allongement de cette période de la vie du fait d'un certain décalage, car la sortie de l'école ne coïncide plus avec l'entrée dans un emploi stable et le départ de la maison familiale ne correspond plus à la fondation d'une nouvelle cellule autonome. Ce moment de la vie correspond également à une longue période de transition mais aussi d'incertitude au regard de la situation professionnelle.

La difficulté à parler de la jeunesse comme un ensemble unifié tient également à la grande disparité des niveaux de vie qui existent entre les jeunes : entre l'intérimaire du bâtiment et l'élève sortie d'une grande école, tout les sépare excepté par exemple leur réceptivité à certaines nouvelles technologies ou leurs goûts musicaux.

Avant de parler des jeunes, il est donc préférable de prendre quelques précautions.

Quand on évoque la précarité, il convient également d'être précis : de bien distinguer de ce qui relève de la grande exclusion, et de la définition que le père Wresinski d'ATD Quart Monde en avait donnée en 1987, des formes de précarité professionnelle qui vont du chômage aux différentes formes de sous-emploi qui

⁽¹⁾ Comité régional pour l'information économique et sociale

⁽²⁾ Centre d'études et de recherches sur les qualifications

ont fortement progressé ces dernières décennies, et de ce que certains sociologues comme R. Castel ont nommé très récemment le précarariat pour décrire le phénomène des travailleurs pauvres ou les nouvelles trajectoires notamment de certains jeunes qui vont de petits boulots en petits boulots et de stages en stages. Dans la notion de précarité, ce qu'il convient de retenir, c'est bien le caractère instable et la fragilité sociale, voire le processus de désaffiliation qui en découle et ce quel que soit le registre (l'emploi, le logement, la vie familiale, etc.).

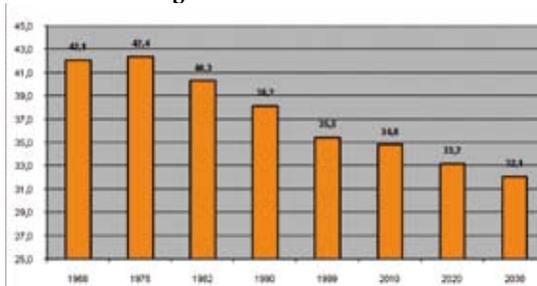
Continuons ce cadrage avec maintenant quelques chiffres qui nous donnent l'importance de la population jeune parmi le reste de la population.

En 2007, la région comptait 595 000 personnes âgées de 15-25 ans, soit environ 12% de la population ; en retenant la tranche 15-20 ans, on en dénombrait 307 000, soit la moitié ; enfin, avec la tranche la plus large des 15-30 ans, on passe à pratiquement 870 000 personnes, soit environ 18% de la population régionale.

La région, comme l'ensemble du littoral méditerranéen, est dans un contexte démographique où les jeunes sont moins présents qu'à l'échelle nationale et qu'au niveau de l'ensemble de la Province.

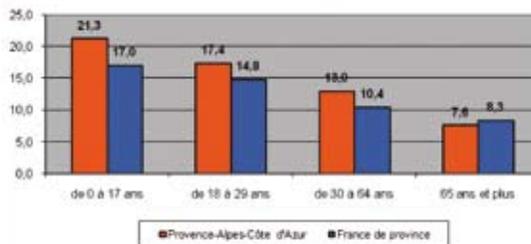
D'ici 2030, le poids des jeunes va considérablement diminuer. On va assister à un changement de structure démographique : les projections de l'INSEE prévoient effectivement un accroissement de seulement 8% des moins de 20 ans alors que les 60 ans et plus augmenteront de 52%. De façon plus générale, si on observe l'évolution de la part des moins de 30 ans sur des périodes assez longues de la fin des années 60 jusqu'à 2030, avec les données de projection de l'INSEE, on voit qu'un changement de structure démographique a bien lieu et que la jeunesse pèsera de moins en moins dans la population : en 1968, les moins de 30 ans représentaient une force démographique indéniable, plus de 4 habitants sur dix ; en 2030, ils ne représenteront plus que 1 habitant sur 3. En soixante ans, la proportion de cette tranche d'âges sera passée de 42% à 32%, soit une perte de dix points.

Part des moins de 30 ans dans la population régionale de 1968 à 2030



Si l'on observe maintenant la position des jeunes au sein de la société en termes de niveau de vie, on voit très nettement en France, et surtout en PACA, que la pauvreté monétaire se concentre sur leurs tranches d'âge et celles des enfants.

Taux de pauvreté par tranche d'âge en 2004



Cet histogramme, qui reprend le taux de pauvreté par tranche d'âge, montre de façon très claire que plus on est jeune, plus on est pauvre : en effet, le taux de pauvreté au seuil de 60 % du revenu médian s'élève à plus de 17% pour la tranche d'âge 18-29 ans et même à plus de 21% pour les moins de 18 ans contre moins de 13% chez les 30-64 ans et 7,6% chez les 65 ans et plus.

En région, en bleu sur le graphique, on note également que le taux de pauvreté est toujours plus élevé quasiment pour toutes les tranches d'âge, excepté pour les plus âgés où le niveau de pauvreté est légèrement plus faible qu'à l'échelle nationale.

Cette répartition de la pauvreté selon l'âge souligne d'abord l'existence d'un continuum entre la pauvreté infantile et la pauvreté des jeunes adultes. Il existe

bien une persistance et une inertie de la pauvreté dans les trajectoires individuelles des jeunes. En PACA, les études menées par le DROS à partir des statistiques de la branche famille montrent toute l'importance de cette pauvreté invisible des enfants : dans notre baromètre social de 2007, nous avons pu évoquer l'existence de 307 000 enfants vivant dans des foyers pauvres, soit un tiers des enfants connus des CAF. Ils vivent essentiellement dans des familles monoparentales et nombreuses. Le risque de pauvreté à l'âge de l'enfance est encore plus fort quand les parents sont de nationalité étrangère.

Rajoutons également que certains jeunes adultes combinent pauvreté et isolement : selon O. Galland, 1,2% de la classe d'âge des 15-29 ans en 1999 en France sont concernés et connaissent une situation d'exclusion et de désaffiliation sociale.

La faiblesse des ressources financières des jeunes est d'abord à relier aux difficultés qu'ils rencontrent sur le marché du travail et notamment aux situations de chômage qu'ils traversent.

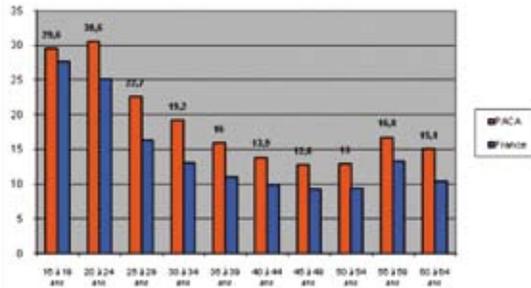
Sur le chômage des jeunes, j'aimerais insister sur 5 points :

Le premier point concerne le niveau **élevé de ce chômage** : on ne dispose d'aucune donnée récente au niveau régional, en revanche, l'enquête emploi permet d'établir un taux de chômage des 15-24 ans de l'ordre de 19% en France. On peut estimer sans prendre de risque que c'est une valeur plancher dans la région.

Selon l'enquête génération de 1998 en PACA, des situations de chômage persistant et répétitif touchent la moitié des jeunes en difficultés d'insertion et concernent plus d'un quart des jeunes en PACA, contre 19% en France.

Le deuxième point est un rappel du fait que **le chômage se concentre très fortement sur les classes d'âge les plus jeunes** : l'histogramme suivant reprend les seules données régionales disponibles du dernier recensement. Les taux de chômage actuels et officiels (calculés selon les normes du BIT) sont différents mais la structure par âge n'a pas changé : en proportion, on voit que le taux de chômage des 20-24 ans en PACA était 2,4 fois supérieur à celui que vivaient les 45-49 ans et à peu près 2 fois supérieur à celui des actifs les plus âgés. Le chômage des jeunes n'est donc pas comparable dans son ampleur à celui des seniors.

Taux de chômage par tranche d'âge RP 99



Source : INSEE-DGI, RDL 2004

Le troisième point : faire **attention à "l'effet de loupe"** dont on est susceptible d'être victime. Quand on dit qu'au moins 19 % des jeunes actifs sont au chômage, il s'agit bien entendu seulement d'une faible partie des jeunes, ceux qui sont en activité. En l'occurrence, pour les 15-24 ans, le taux d'activité s'élevait en France à environ 35% (contre 59% chez les 50-64 ans) : au total, ce n'est pas un jeune sur cinq qui est au chômage mais un sur 15.

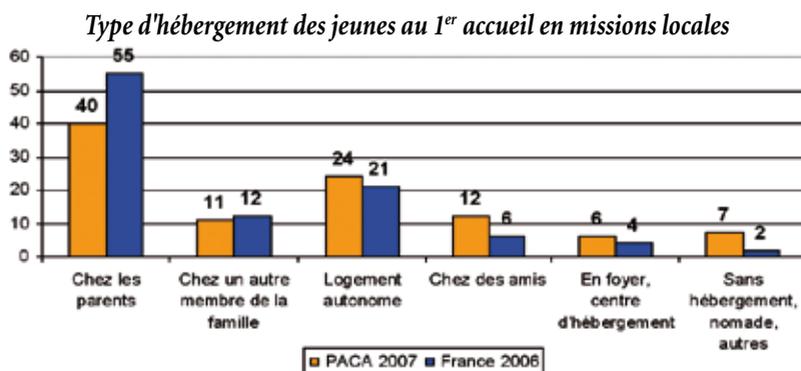
Le quatrième point renvoie aux **caractéristiques de l'évolution du chômage des jeunes qui est très sensible à la conjoncture** : l'évolution du nombre de demandeurs d'emploi en fin de mois de moins de 25 ans en PACA depuis 1997 montre très nettement à la fois l'amélioration pendant la période d'embellie économique à la fin des années 90, mais aussi la détérioration spectaculaire ces derniers mois avec une hausse mensuelle record de 8% en janvier 2009.

Enfin, le cinquième point renvoie à la **mauvaise couverture et à la faible prise en charge des jeunes chômeurs par l'Assurance chômage** : à l'échelle nationale, seulement 44% des moins de 25 ans sont indemnisés contre 80% des plus de 50 ans.

Sur cette question du chômage, il conviendrait également de rajouter qu'il ne touche pas tous les jeunes de la même façon, selon leur diplôme notamment, et qu'il existe aussi des processus de discrimination selon le genre ou l'origine qui constituent de vrais obstacles aux trajectoires des jeunes filles et à celles des jeunes issus de l'immigration. Sur ces logiques d'insertion et sur l'ensemble du volet emploi qui constitue un registre où la précarité est souvent présente, je laisserai Olivier Liaroutzos vous exposer son analyse qui sera la plus pertinente.

Après l'insertion professionnelle, une autre difficulté qui touche les jeunes est de trouver un logement. Qu'en est-il exactement ? En mobilisant deux sources, celles des missions locales et celles des CAF, on peut avoir une photographie précise des difficultés que rencontrent les jeunes face au logement et qui sont plus fortes qu'à l'échelle nationale.

À partir des statistiques du premier accueil dans les missions locales en 2007 analysées par l'ORM, on peut mesurer l'ampleur de la précarité que vivent les jeunes pour disposer d'un logement.



Seulement un quart dispose d'un logement autonome, soit à peine plus qu'au niveau national. Une majorité d'entre eux n'habite plus chez leurs parents : seuls 40% sont encore au domicile familial contre 55% en France.

Les types de situations résidentielles les plus précaires **sont en revanche beaucoup plus représentés en région qu'à l'échelle nationale :**

- 7 % sont sans hébergement ou nomade, contre 2% à l'échelle nationale
- 6 % sont en foyers ou centres d'hébergement, contre 4% à l'échelle nationale
- 12 % sont chez des amis, soit deux fois plus que la moyenne nationale.

L'étude des situations d'hébergement des jeunes, qui sont le plus souvent impossibles à appréhender avec les autres données administratives, souligne bien les difficultés qu'ont les jeunes à se loger en PACA.

À partir des investigations conduites par le DROS sur le poids de la dépense logement sur le budget des locataires bénéficiant d'une aide au logement, ce qu'on appelle également le taux d'effort, on a pu prendre la pleine mesure des difficultés que les jeunes rencontrent, comme les plus âgés, dans l'accès au logement.

Le taux d'effort net (loyer + charges auquel on a soustrait l'aide au logement ramené aux ressources) s'élève à environ 46% chez les 20-24 ans et à 35% pour les 25-29 ans contre un peu moins de 38% chez les 60-65 ans et 25% chez les 40-49 ans. La répartition des taux d'effort selon l'âge prend la forme d'une courbe en U. Ce phénomène est atténué lorsqu'on le décompose par sexe. Pour les hommes de 20-24 ans, on observe que leur taux d'effort est bien plus élevé : il s'élève à 53% contre 42% pour les femmes.

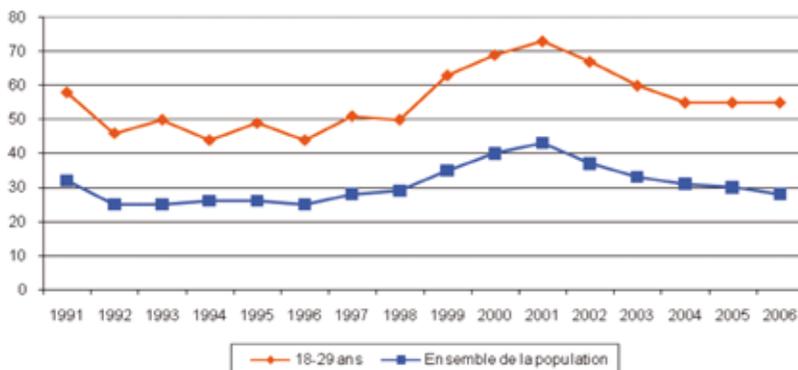
Entre 2003 et 2006, les taux d'effort des moins de 30 ans ont augmenté beaucoup plus vite que pour les autres tranches d'âges :

- tout d'abord, du fait qu'ils aient emménagé récemment et qu'ils aient dû faire face à la forte hausse des loyers du marché
- alors que leurs revenus ont connu une augmentation de +5,8%, soit deux fois plus lente que celle des 30-49 ans
- dans le même temps, les aides au logement et leur faible revalorisation n'ont pas permis d'amortir la hausse des loyers.

Enfin, le dernier élément qui explique l'importance des taux d'effort des jeunes tient dans le faible accès qu'ils ont au parc social : 18% des moins de 30 ans disposent d'un logement HLM contre respectivement 37% des 30-49 ans. L'absence de rotation au sein du parc HLM pénalise principalement les jeunes !

Pour clôturer cette analyse, j'ai voulu vous apporter quelques éléments sur l'état d'esprit des jeunes dans un contexte qui tend à les fragiliser fortement.

Pourcentage d'individus considérant que leurs conditions de vie vont s'améliorer dans les cinq prochaines années (en%)



L'analyse que font des sociologues comme Galland ou Baudelot à partir des enquêtes d'opinions réalisées en France et en Europe c'est que les jeunes Français n'ont pas construit de contre-culture :

- Premièrement, ils attendent autant que les autres de la valeur travail : les 18-29 ans déclarent à 75 % que le travail est une nécessité pour développer pleinement ses capacités contre 78% des plus de 29 ans.
- Deuxièmement, les jeunes de maintenant sont beaucoup plus enclins que les générations de leurs aînés au même âge à intégrer les valeurs d'autorité.
- Enfin, les jeunes apparaissent majoritairement optimistes sur leur avenir et ce beaucoup plus fortement que ceux qui sont plus âgés : selon le CREDOC, en 2006, les 18-29 ans étaient 55% à penser que leurs conditions allaient s'améliorer dans les cinq années à venir, contre 34% chez les plus de 30 ans.

En dépit de cet optimisme, on observe une dégradation de leur moral dans la mesure où ils étaient 73% à avoir cet avis en 2001.

Comme nous le montrent ces différentes enquêtes et les analyses qui en sont faites, les jeunes se débrouillent, affrontent la réalité en face et ont bien intégré que la précarité faisait partie de la donne.

Questions de la salle

Célia Chischportich, CRIPS PACA

Vous disiez que le taux d'effort consacré au logement était plus important chez les garçons que chez les filles. Comment peut-on expliquer ce phénomène ?

Xavier Durang

Les statistiques sexuées révèlent en effet cette situation mais elles ne sont, pour l'instant, que descriptives, tout comme l'évolution du chômage, également très sexuée, qui touche beaucoup plus les jeunes garçons. Cela s'explique plus facilement du fait des secteurs d'activités masculins.

Zeina Mansour, CRES PACA

Le taux de pauvreté chez les 0-17 ans, sur un des vos histogrammes, m'a un peu surprise. Comment et pourquoi le calcule-t'on, quand on sait que les enfants et les jeunes n'ont pas les mêmes responsabilités que les plus âgés.

Xavier Durang

Cela surprend en effet mais on oublie souvent la pauvreté invisible, cette minorité sans voix qui vit aussi la pauvreté. Pour autant, les mesures de l'INSEE permettent d'avoir des taux de pauvreté non pas seulement pour le chef de ménage mais pour l'ensemble de la population. Au delà des analyses par tranche d'âge, on pourrait aller plus loin en faisant des analyses par génération. Cela suscite des interrogations sur l'allongement du poids de la jeunesse. Selon les analyses de Louis Chauvel, à la fin des années 70, à l'âge de 25 ans, tout le monde avait enfant, travail, logement. En 1969, l'âge médian de fin d'étude était à 17 ans. En entrant sur le marché de l'emploi, le taux de chômage à 12 mois était de 6%. Aujourd'hui ce schéma de stabilisation a disparu. Il est exceptionnel de se stabiliser dans l'emploi avant 24-25 ans. L'âge moyen de fin d'étude est de 22 ans.

“La santé des jeunes de la région Provence-Alpes-Côte d’Azur : données de cadrage”

**Valérie Guagliardo, statisticienne,
Observatoire régional de la santé PACA**

Je vous remercie d’avoir invité l’Observatoire Régional de la Santé de la région PACA à ce colloque. Je vais vous présenter aujourd’hui une synthèse des travaux que nous avons réalisés avec le soutien financier du Conseil régional PACA pour faire un état des lieux de la santé des jeunes de 15 à 24 ans de notre région. Les diverses sources de données utilisées sont issues d’enquêtes collectées en région ou d’extractions régionales d’enquêtes nationales.

Pour commencer, quelques chiffres sur les caractéristiques sociodémographiques des jeunes de notre région. J’aborderai ensuite quatre thèmes : la mortalité des jeunes (principales causes de décès), la santé mentale (données sur la détresse psychologique et les troubles psychiatriques), puis le surpoids et l’obésité, enfin j’aborderai deux comportements de santé à risque : les usages de substances psychoactives et les pratiques sexuelles.

En 2004, la région PACA comptait 575 400 jeunes âgés de 15-24 ans représentant 12 % de la population totale, soit une proportion de jeunes sensiblement inférieure à la moyenne nationale.

Depuis le début des années 80, la part des jeunes n’a cessé de diminuer à cause de la baisse de la natalité et cette tendance devrait se poursuivre dans les années à venir jusqu’au début des années 2030.

La santé des jeunes est associée à leur environnement affectif, familial et social et certains dysfonctionnements sociaux comme la rupture avec la famille et la recherche d’emploi peuvent avoir des répercussions importantes sur leur état de santé.

Les modes de vie des jeunes ont évolué depuis le début des années 90, avec une augmentation de la part de jeunes vivants dans une famille monoparentale et un allongement de la scolarité.

Malgré cet allongement de la scolarité, les jeunes rencontrent des difficultés d’insertion sur le marché du travail : selon les données de l’ANPE, en juillet 2006, environ 23 200 jeunes de moins de 25 ans étaient au chômage.

Bien que la part des jeunes peu ou pas qualifiés ait fortement diminué au cours des dernières années en PACA, elle reste encore légèrement supérieure à la moyenne nationale : en 2001, 7,5% des élèves de la région sont sortis sans qualification, contre 7% au niveau national.

Par ailleurs, les jeunes sortants sans qualification en PACA semblaient rencontrer plus de difficultés d'insertion professionnelle que dans le reste de la France.

La région PACA est également caractérisée par une surmortalité chez les jeunes de 15 à 24 ans, par rapport aux jeunes Français.

Sur la période 2000-2002, 350 jeunes âgés de 15 à 24 ans sont décédés en moyenne chaque année en région PACA, ce qui représente une surmortalité significative de 10 % par rapport à la moyenne nationale.

Les décès des jeunes de 15-24 ans représentent 0,75 % de l'ensemble des décès de la région, avec deux causes de décès plus importantes en PACA qu'au niveau national : les homicides et les maladies du système nerveux et des organes des sens (paralysie cérébrales, épilepsie...).

La mortalité des jeunes est caractérisée par la prédominance des morts violentes (accidents, suicides, homicides) représentant plus de la moitié des décès chez les 15-24 ans.

Données plus récentes : 274 décès chez les 15-24 ans en 2006 (207 chez les garçons et 67 chez les filles ; source : CépiDc). Ces décès représentent 0,63 % de l'ensemble des décès de la région.

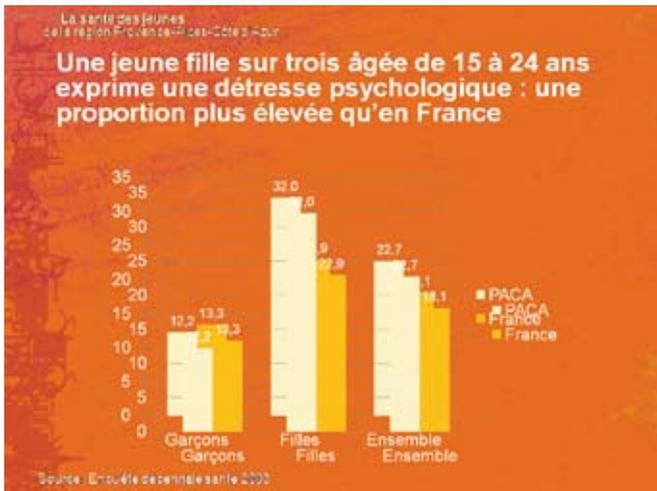
La majorité des décès est due à un accident (de transport ou autres) aussi bien chez les filles que chez les garçons. Ils représentent deux tiers des décès masculins et la moitié des décès féminins. Parmi les morts violentes figure ensuite le suicide : 51 décès par suicide ont été recensés en 2004 parmi les jeunes de 15 à 24 ans. Le taux de mortalité par suicide est 2 à 3 fois plus élevé chez les garçons que chez les filles.

Après les morts violentes, les tumeurs constituent la première cause de mortalité par affection chez les 15-24 ans.

Le taux de mortalité des jeunes de 15-24 ans a diminué de 30 % entre les périodes 1989-1991 et 2000-2002. La baisse a été deux fois plus importante chez les garçons que chez les filles en particulier parce que le taux de mortalité par accidents et par suicides a diminué chez les garçons alors que chez les filles, la mortalité accidentelle n'a pas évolué aussi favorablement.

En dehors du suicide, un autre indicateur de mauvaise santé mentale est la détresse psychologique. Elle se caractérise par la présence de symptômes le plus souvent dépressifs ou anxieux. Ces symptômes apparaissent généralement dans un contexte d'accidents de vie ou d'événements stressants tels que le passage du lycée à l'université impliquant souvent de quitter la maison familiale et pouvant s'accompagner d'un isolement affectif et de difficultés financières. Dans la majorité des cas, les personnes en détresse ne présentent pas de maladie psychiatrique mais,

mal repérée, cette détresse psychologique peut faire basculer une personne dans une maladie ou multiplier des difficultés.

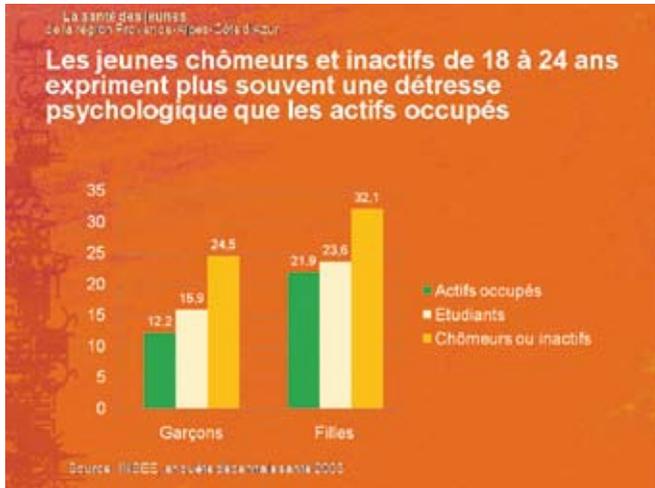


Dans l'enquête décennale santé de 2002-2003 réalisée par l'INSEE, 22,7 % des jeunes de 15-24 ans de la région PACA expriment des signes de détresse psychologique, contre 18,1 en France. Comme le montre ce graphique, ce pourcentage est plus élevé chez les filles que chez les garçons. Il est également plus élevé en région PACA qu'au niveau national mais la différence n'est significative que chez les filles.

Cette différence entre filles et garçons, observée en France comme en PACA, n'implique pas nécessairement que les garçons soient en meilleure santé psychologique que les filles. En effet, les filles et les garçons perçoivent et expriment leur état psychologique différemment, les garçons étant moins enclins à verbaliser des difficultés de cet ordre et à recourir à une aide pour cela.

Les résultats de cette enquête de l'INSEE montrent, qu'après 18 ans, les jeunes inactifs ou au chômage expriment significativement plus souvent une détresse psychologique que les jeunes actifs occupés, chez les filles comme chez les garçons et ce indépendamment de la situation socio-économique du foyer et de leurs antécédents en termes d'accidents de vie ou de problèmes de santé mentale.

Les étudiants sont dans une situation intermédiaire du point de vue de la fréquence de la détresse psychologique. Les résultats de l'enquête décennale santé montrent que 20% d'entre eux expriment une détresse. Celle-ci pourrait être la conséquence



des difficultés d'adaptation à la vie universitaire ; les services de médecine préventive universitaire constituent des ressources importantes pour cette population.

Une forme plus grave de détresse psychologique est la maladie psychiatrique. Les affections psychiatriques graves représentent la première cause d'admission en affection de longue durée chez les jeunes de 15-24 ans.

Chaque année en moyenne, ce sont 970 jeunes qui sont nouvellement concernés par une maladie psychiatrique grave.

Un tiers de ces admissions est due à une schizophrénie ou un trouble délirant, 32% à un trouble de la personnalité⁽⁴⁾ et 10 % sont motivées par des troubles de l'humeur (troubles dépressifs).

Contrairement à ce qui est observé en population générale, le fait d'être en ALD (Allocation Longue Durée) n'est pas associé à de faibles revenus de leur ménage d'appartenance. Ceci est peut-être lié au fait que les principales pathologies à l'origine des ALD chez les jeunes (les troubles psychiatriques) sont des affections dont l'étiologie est sans doute moins influencée par les conditions socio-

⁽⁴⁾ Troubles de la personnalité : 3 clusters selon le DSM 4

A : personnalités caractérisées par des originalités et des bizarreries du comportement parfois excentriques (Paranoïaques, Schizoïdes, Schizotypiques).

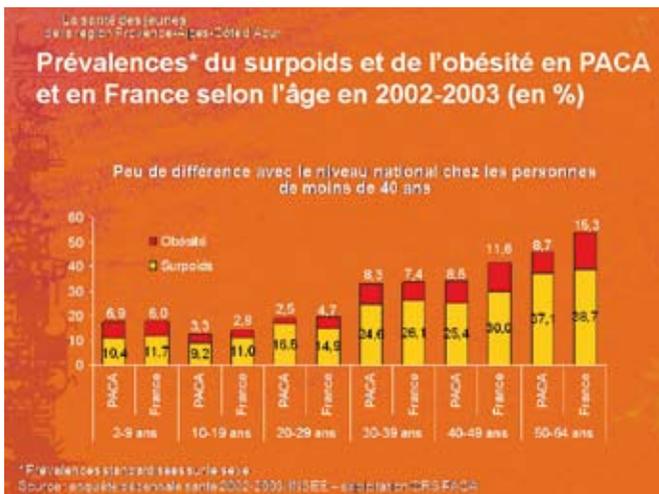
B : personnalités dans lesquelles l'expression spectaculaire des émotions est ce qui apparaît le plus manifeste sur le plan comportemental (antisociale, borderline, Histrionique, Narcissique).

C : personnalités anxieuses, craintives, vulnérables, souvent inhibées (évitante, dépendante, Obsessionnelle-compulsive).

économiques que celles des maladies justifiant une ALD chez les personnes plus âgées (tumeurs, maladies cardio-vasculaires...).

En plus des troubles présentés ci-dessus, les professionnels de santé doivent répondre de plus en plus à la prévalence croissante des troubles alimentaires. En particulier chez les filles, avec des chiffres de maigreur de l'ordre de 15%.

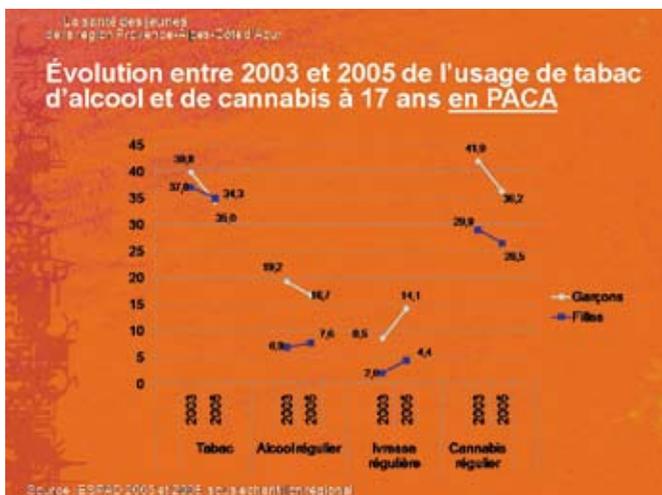
L'obésité constitue aujourd'hui un problème de santé publique majeur commun à de nombreux pays. Les résultats de l'enquête décennale santé 2003 montrent que la prévalence de l'obésité augmente avec l'âge à partir de 20 ans, en PACA comme en France et, qu'elle est quel que soit l'âge, plus faible en PACA qu'en France. Entre 20 et 29 ans, 2,5 % des jeunes présentent des signes d'obésité selon l'indice de masse corporel et les seuils internationaux établis, contre 4,7% en France



Outre les problèmes de poids observés à tout âge, l'adolescence constitue une période de prédilection pour l'initiation et l'installation de certains comportements à risque tels que l'usage d'alcool, de tabac ou de cannabis.

Cette diapositive montre l'évolution observée entre 2003 et 2005 en région PACA chez des jeunes âgés de 17 ans pour les consommations de tabac, d'alcool et de cannabis⁽⁵⁾.

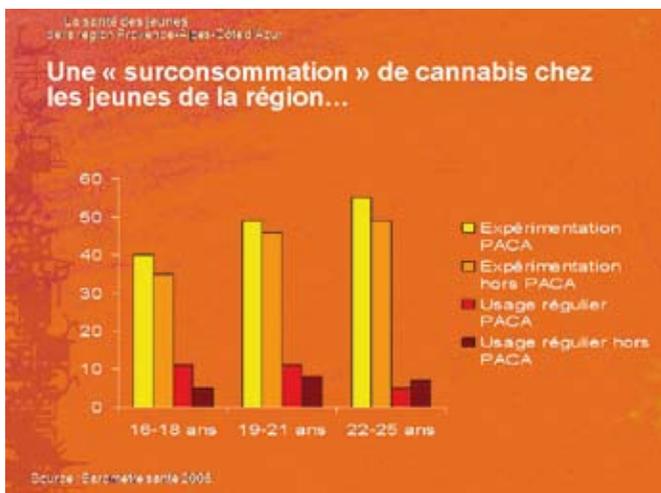
⁽⁵⁾ usage de tabac (≥ 1 cigarette / jour), alcool (≥ 10 usages / mois) et de cannabis (≥ 10 usages / mois)



Nous observons des tendances en région PACA similaires à la France à savoir une baisse continue du tabac chez les filles et chez les garçons entre 2003 et 2005. Pour l'alcool, on constate une augmentation de l'ivresse régulière chez les 17 ans. L'usage régulier signifie une ivresse déclarée de plus de 10 fois dans le mois. Pour le cannabis, la baisse se révèle significative parmi les garçons mais pas parmi les filles. Donc une baisse de tabac, une augmentation de l'usage régulier d'alcool et une baisse de la consommation de cannabis.

Malgré cette baisse, la région PACA se caractérise par une surconsommation du cannabis chez les jeunes. L'expérimentation du cannabis (au moins une prise au cours de la vie) se développe à partir de 16 ans. Pour l'usage régulier, l'écart entre la région et le reste de la métropole est très net entre 16 et 21 ans : dans cette tranche d'âge, 11 % en font un usage régulier contre 6 % en France comme entre 19 et 21 ans (11% contre 8%).

La plus forte proportion de l'usage régulier de cannabis dans la région PACA n'est pas une caractéristique de la population jeune, puisqu'il est également (et statistiquement) plus fréquent en PACA qu'en France entre 26 et 65 ans (2 % versus 1,4 %).



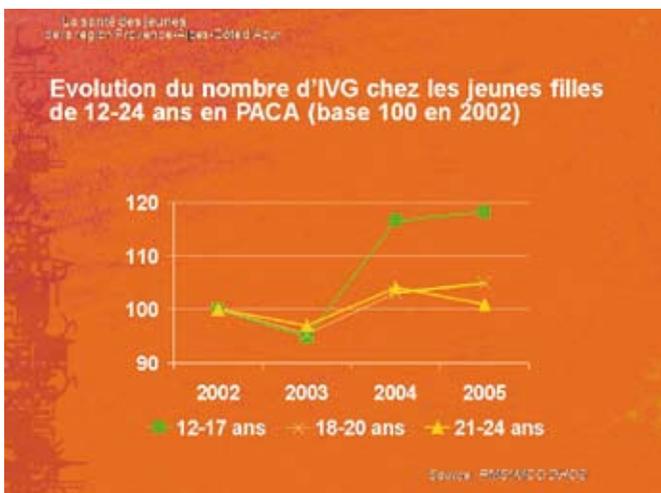
Les usages de cannabis s'avèrent donc plus fréquents en PACA qu'en France. Selon l'enquête ESCAPAD⁽⁶⁾ 2003, à 17 ans, le fait de vivre en PACA multiplie par 1,4 les risques de consommer régulièrement du cannabis.

Néanmoins, lorsque l'on prend en compte un certain nombre de variables socio-économiques et en particulier la structure familiale (séparation des parents) et la situation sur le marché de l'emploi (accès à l'emploi, taux de chômage régional), les jeunes de 17-19 ans de la région ne semblent pas plus nombreux que les autres à consommer du cannabis régulièrement. Ces résultats invitent à envisager les consommations de drogues comme des usages sociaux qui interagissent avec d'autres phénomènes sociaux, ce qui signifie aussi que les politiques liées à la famille et à l'emploi pourraient avoir une incidence sur les usages de drogues.

Abordons à présent le thème de la sexualité.

- 80% des jeunes âgés de 15-24 ans sexuellement actifs utilisent un moyen de contraception
- 26% ont déjà eu recours à la contraception d'urgence (pour eux-mêmes ou leur partenaire)
- Parmi les femmes âgées de 21 à 24 ans, un tiers des grossesses s'est soldé par une IVG.

⁽⁶⁾ <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/atlas.html>



Si la fréquence des IVG semble se stabiliser entre 2002 et 2005 chez les femmes de 18-24 ans, en revanche elle continue d'augmenter chez les mineures, de 12 à 17 ans. L'existence d'une population importante de jeunes filles ayant recours à l'IVG en PACA souligne la nécessité d'un travail de sensibilisation, d'information et d'éducation.

D'après la littérature, le recours aux IVG est lié dans près d'un cas sur deux à un échec de la contraception et dans un tiers des cas, à une absence de contraception au moment de l'acte sexuel. Ces constats témoignent de la difficulté pour les femmes de gérer leur contraception dans la vie quotidienne et mettent en évidence l'absence de notion de risque de grossesse. Il semble que le manque de connaissance, d'expérience vis-à-vis de la contraception et les difficultés d'accès à la contraception (visite d'un médecin, informations sur les lieux de délivrance des contraceptifs) puissent expliquer en partie son mauvais usage.

En conclusion, je rappellerai que les jeunes représentent 12% de la population totale, que certains jeunes sortis du circuit scolaire sans qualification ont des difficultés d'insertion professionnelle plus importantes en région PACA qu'au niveau national, que la région se caractérise par une surmortalité de 10% par rapport à la moyenne nationale, due en particulier aux accidents violents, que les jeunes chômeurs et inactifs expriment plus souvent une détresse psychologique et qu'enfin on observe une surconsommation de cannabis essentiellement liée aux caractéristiques sociales et économiques de la région.

Zeina Mansour

Je retiens de votre intervention la détresse psychologique exprimée par 22% des jeunes et je note l'importance du poids des filles qui sont 32% à l'exprimer. Il est peut-être important de cibler cette population féminine dans le cadre de nos interventions. Je relève également ce phénomène montant, important, très néfaste pour la santé des jeunes qui est importé des Etats-Unis : cette ivresse répétitive des jeunes pour laquelle nous devons être extrêmement attentif. Le projet de loi HPST prend en compte ce problème d'alcoolisation même si les mesures proposées peuvent paraître insuffisantes. Autant de dignotants adressés à chaque professionnel pour se mobiliser face à ce nouveau phénomène qui s'apparente à un comportement de mimétisme culturel.

Questions de la salle

Un participant

Vous avez abordé la consommation d'alcool et de cannabis mais nous constatons, sur le terrain, une consommation de cocaïne qui serait sensiblement en augmentation. Avez-vous des chiffres sur cet usage ?

Valérie Guagliardo

Je n'ai pas de chiffres aujourd'hui à vous présenter sur la consommation de cocaïne car les données présentées sont issues d'extractions régionales d'enquêtes nationales et non pas d'enquêtes régionales proprement dites. Les chiffres des extractions régionales révèlent des fréquences de consommation de cocaïne relativement faibles, mais il faudrait une enquête en population régionale avec des échantillons importants pour avoir des telles données sur la consommation de cocaïne et d'héroïne.

Deuxième table-ronde

La santé des jeunes en insertion

“État de santé, comportements et environnement social des jeunes en insertion professionnelle”

Dr Jean-Jacques Moulin, Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé (CETAF)

Mon intervention va porter sur des données épidémiologiques de l'état de santé des jeunes en insertion reçus dans les centres d'examen de santé.

Cette étude a été demandée par le Conseil National des Missions Locales (CNML)⁽¹⁾. Il y a en France 115 centres d'examen de santé (CES) qui examinent chaque année 600 000 personnes selon les priorités données par la CNAMTS auprès de populations vulnérables ou précaires. Le CETAF, situé à Saint-Etienne, est une structure de coordination et de pilotage de l'ensemble de ces centres.

Chaque année, 21 000 jeunes en insertion bénéficient d'un examen de santé complet, un examen standardisé.

Les jeunes s'adressent aux centres par le biais des missions locales, des PAIO, des centres d'hébergement et de réinsertion sociale, des structures de la protection judiciaire de la jeunesse, des foyers de jeunes travailleurs.

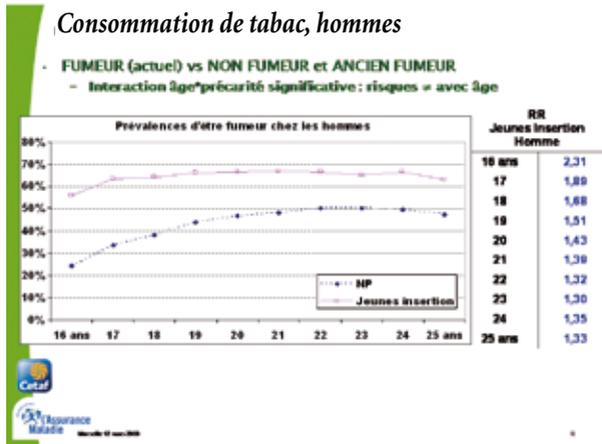
L'étude couvre une période allant de 1999 à 2003 ; elle concerne tous les consultants des CES des 22 régions françaises de 16-25 ans, soit 244 245 jeunes répartis en deux populations qui ont été comparées :

- 105 901 “jeunes en insertion”
- 138 344 “jeunes scolaires/étudiants/actifs” qui constituent la population de référence.

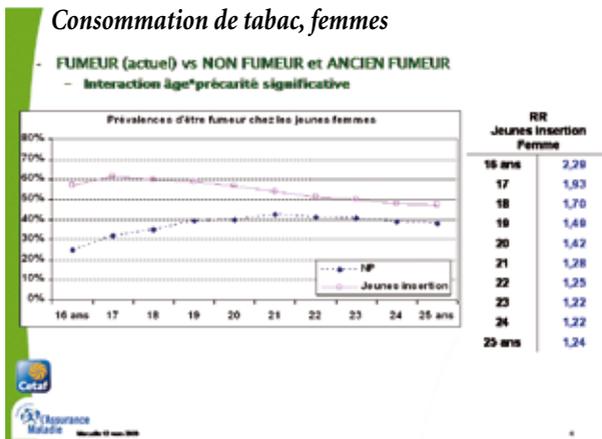
Il s'agit d'une étude statistique unique en France.

⁽¹⁾ Labbe E, Moulin JJ & coll. *État de santé, comportements et environnement social de 105 901 jeunes en insertion professionnelle*. *Pratiques et Organisation des Soins* 2007;38(1):43-53.
Moulin JJ, Labbe E & coll., *Les jeunes en difficulté d'insertion : un état de santé plus fragile*, *La Santé de l'Homme (INPES)* 2009;n°399:21-24

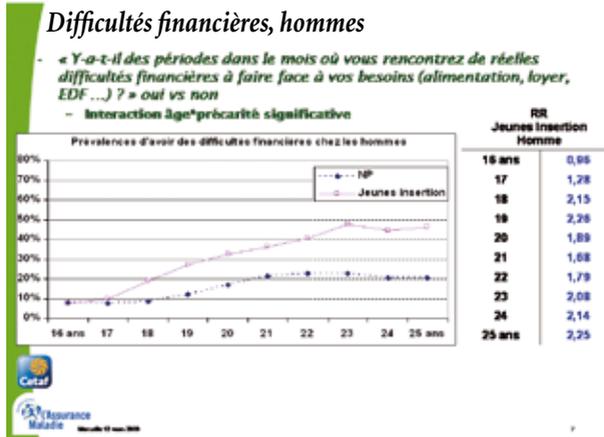
Toutes les données qui suivent sont présentées dans des graphiques de manière similaire : en bleu les jeunes non précaires et en rose les jeunes en insertion.



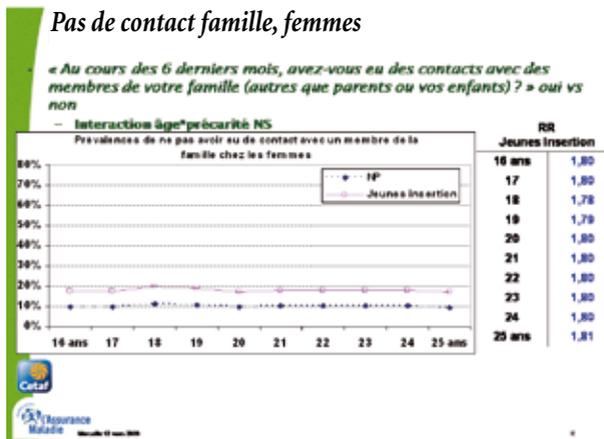
A l'âge de 16 ans, 22-23 % des jeunes non précaires fument, pour 57-58 % des jeunes en insertion. Le rapport des deux fréquences, appelé le risque relatif (RR), est de 2,31, c'est-à-dire qu'à 16 ans, le tabagisme est 2,3 fois plus fréquent chez les jeunes en insertion que chez les autres. L'évolution de la courbe de 16 à 25 ans montre que la fréquence reste stable chez les jeunes en insertion et qu'elle augmente chez les non précaires. A 25 ans, les courbes se rapprochent pour atteindre un rapport de fréquence de 1,3



Chez les femmes, les fréquences sont plus faibles que chez les garçons mais avec un excès de consommation de tabac chez les jeunes femmes en insertion par rapport aux autres femmes. Les risques relatifs qui, au départ valent 2,29, sont de 1,24 à 25 ans.



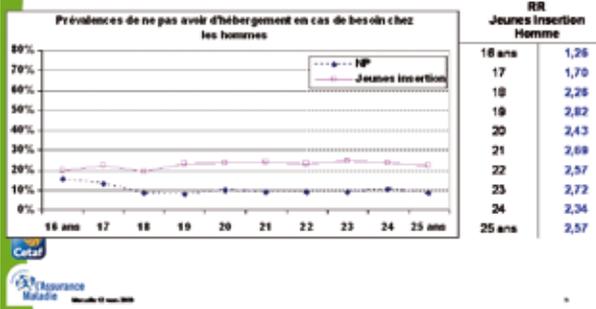
A la question : “Y-a-t’il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF ...)”, à 16-17 ans, il n’y a pas de différence car les jeunes sont dans des situations similaires. En avançant en âge, la courbe chez les non précaires augmente légèrement de 10 à 20 % tandis que la courbe des jeunes en insertion monte bien plus haut, jusqu’à 50 %. L’échelle des risques relatifs atteint à 25 ans 2,25, soit des problèmes financiers deux fois plus fréquents chez les jeunes en insertion.



Concernant les liens familiaux, chez les jeunes filles, 10 % des non précaires disent ne pas avoir de contact avec leur famille ; elles sont 20% chez les jeunes filles en insertion. Le rapport est de 1,8.

Pas d'hébergement, hommes

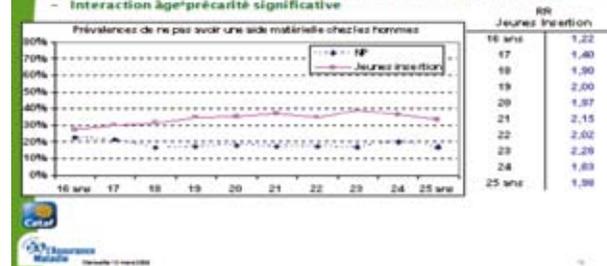
« En cas de difficulté (financière, familiale, de santé, ...), y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin? » oui vs non
 - Interaction âge*précarité significative



10% des jeunes non précaires déclarent ne pas avoir d'hébergement possible en cas de difficulté ; ils sont 25% pour les jeunes en insertion. Le rapport est ici très élevé, de l'ordre de 2,5

Pas d'aide matérielle, hommes

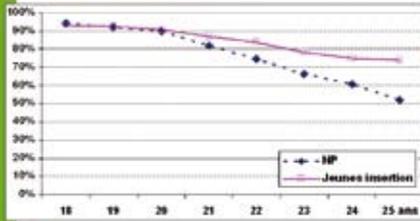
« En cas de difficulté (financière, familiale, de santé, ...), y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle en cas de besoin (y compris un prêt)? » oui vs non
 - Interaction âge*précarité significative



Concernant l'aide matérielle, chez les hommes, l'écart entre les courbes s'accroît avec l'âge. A 25 ans, il est deux fois plus fréquent chez les jeunes en insertion de ne pas disposer d'aide matérielle possible

Ne pas vivre en couple, hommes

- « Vivez-vous en couple » non vs oui
- Interaction âge*précarité significative



RR
Jeunes Insertion

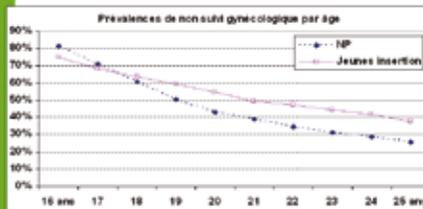
18	0,99
19	1,00
20	1,01
21	1,06
22	1,12
23	1,18
24	1,24
25 ans	1,42



Concernant la vie en couple, avec l'âge, on constate que les jeunes non précaires s'installent plus souvent en couple que les jeunes en insertion et à 25 ans la différence est importante : 50% des jeunes ne vivent pas en couple dans la population de référence contre 80% chez les jeunes en insertion. C'est là une différence qui apparaît et qui s'aggrave avec l'âge.

Non suivi gynécologique

- Pas de suivi gynécologique régulier / ≥ 1 consultation / an
- Interaction âge*précarité significative



RR
Jeunes Insertion

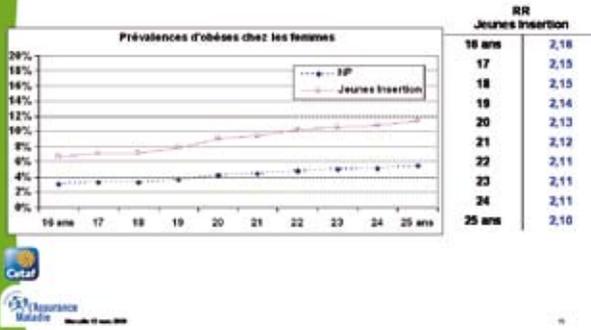
16 ans	0,92
17	0,96
18	1,05
19	1,18
20	1,27
21	1,27
22	1,37
23	1,41
24	1,48
25 ans	1,47



En ce qui concerne le non suivi gynécologique : à partir de 18 ans, les jeunes filles en insertion sont plus souvent non suivies alors qu'avant les jeunes filles non précaires sont plus souvent non suivies. Les deux courbes se croisent à l'âge de 18 ans.

Obésité, femmes

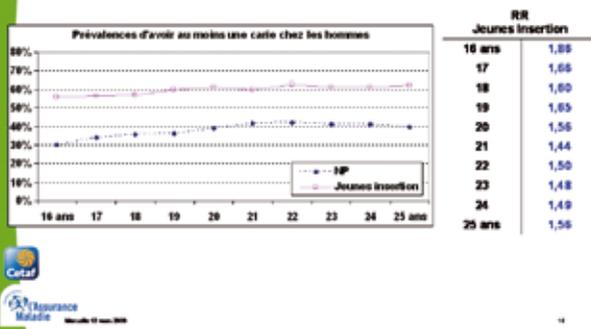
- IMC > 30 vs IMC ≤ 30
- Interaction âge*précarité NS



Autre variable étudiée : l'obésité chez les femmes (IMC>30). Chez les jeunes filles non précaires, l'obésité varie de 3% à 16 ans à 6% à 25 ans. Chez les précaires, elle est de 7% à 16 ans et elle atteint 12% à 25 ans.

Caries dentaires, hommes

- ≥ 1 CARIE DENTAIRE non soignée / PAS de CARIE
- Interaction âge*précarité significative



Concernant la santé bucco-dentaire, le fait d'avoir au moins une carie non traitée est de l'ordre de 30% chez les jeunes non précaires à 16 ans et de 40% à 25 ans. Dans la catégorie en insertion, c'est presque le double, 1,5 fois plus et les taux vont de 55% à 60%.

En conclusion, cette étude révèle que tous les indicateurs concernant les jeunes en insertion sont perturbés : indicateurs de comportement, fragilité sociale, non recours au soin, perception négative de la santé.

A la suite de ces constats, le CNML a rédigé, en 2006, la “**Charte de la santé des jeunes en insertion sociale et professionnelle**”.

Afin que cette charte soit mise en application, le CNML a mis en place une animation nationale de l'ensemble des missions locales. Il a constitué également un groupe de travail pour réaliser une étude sur la santé mentale des jeunes précaires versus les non précaires.

Le groupe de travail comprend le CNML, plusieurs missions locales, des centres d'examen de santé, le CETAF, la CNAMTS, la Direction générale de la santé et la Direction générale des affaires sociales. Cette étude intitulée “**Bien être – mal être ? Mieux vous connaître**” aborde toutes les dimensions de la santé mentale : souffrance psychique, dépression, précarité, santé perçue, consommation d'alcool, de tabac, de cannabis et de médicaments psychotropes, mesure des tentatives de suicides, des discriminations, des violences physiques, psychiques et sexuelles.

Un premier questionnaire a été mis en application en mai-juillet 2008 dans 24 missions locales et 14 centres d'examen de santé. 1400 questionnaires ont été recueillis. Les données sont en cours d'analyse.



Le Sud de la France ne participe pas à ce projet. D'autres questionnaires vont suivre fin 2009 et nous espérons que les régions du Sud de la France participeront à l'étude.

Questions de la salle

Zeina Mansour

Nous avons invité Marie Choquet à intervenir à ce colloque, invitation qu'elle a déclinée en raison d'engagements familiaux. Je souhaiterais connaître l'articulation entre cette étude et celles menées par les unités Inserm.

Dr Jean-Jacques Moulin

Des experts scientifiques, dont Marie Choquet, sont présents dans le groupe de travail de l'étude sur la santé mentale. Le questionnaire reprend des questions d'études déjà existantes. Des questions présentes dans les études d'ESPAD, d'ESCAPAD, du baromètre, également d'échelles internationales de santé mentale. Ainsi les résultats pour la catégorie des jeunes en insertion pourront être comparés à ceux d'études déjà faites en France.

Michèle Rubirola, médecin directeur adjoint du centre d'examen de santé de Marseille

Dans l'étude comparative du CETAF sur la santé des jeunes en insertion et la santé des jeunes dits lycéens ou « insérés », la non précarité a-t-elle été établie à partir du statut -lycéen, salarié, etc.- ou par rapport au score EPICE ?

Dr Jean-Jacques Moulin

C'est le statut (lycéen, étudiant) qui a défini la population non précaire. Bien évidemment, il y a des précaires parmi les étudiants et parmi les actifs mais nous avons comparé les étudiants et les actifs avec les jeunes en insertion.

En revanche, l'étude qui est en cours tient compte du score EPICE dans son analyse. Le score EPICE est un score de précarité qui repose sur 11 questions permettant de positionner un sujet sur une échelle de précarité qui va de zéro (l'absence de précarité) à 10 (le maximum de précarité). Ce score est pris en compte dans les nouvelles études pour estimer que la population de référence comprend réellement des jeunes non précaires.

Valérie Guagliardo

Pour l'étude sur la santé mentale, vous avez parlé d'utiliser une échelle de mesure de la dépression. S'agit-il d'un outil de diagnostic ou d'une échelle qui mesure la dépressivité et le mal-être ?

Dr Jean-Jacques Moulin

Nous utilisons deux échelles de mesure de la dépressivité ainsi que l'échelle de la santé perçue et le score EPICE. Ces quatre échelles combinées entre elles donnent des résultats très intéressants.

Zeina Mansour

Je me permets, Docteur Moulin, de vous citer en lisant deux phrases de conclusion d'un article paru dans la Santé de l'Homme car ces deux phrases concernent les ateliers santé ville (ASV), représentés dans la salle aujourd'hui : "cet état des lieux montre qu'une amélioration de la situation des jeunes en difficulté d'insertion nécessite une approche pluridisciplinaire de la santé. Cela suppose un rapprochement des différents acteurs du monde de la santé, de l'insertion professionnelle, de l'insertion sociale et familiale"⁽²⁾.

Hugo Tiffou, ASV de Marseille

En effet, les ASV sont des dispositifs publics qui consistent à développer la promotion de la santé dans une approche globale, dans un quartier de la politique de la ville.

A Marseille, nous travaillons avec le public jeune, avec les espaces santé jeune et l'association Tremplin, mais peu avec les organismes de formation, pour l'instant.

⁽²⁾ In Santé de l'homme n° 99, janvier-février 2009, p. 24

“Jeunes et emploi”

Olivier Liaroutzos,
Directeur de l’Observatoire régional des métiers PACA

La question “jeunes et emploi, une question de santé” sera traitée sous le signe qui nous rassemble aujourd’hui, celui de la pluridisciplinarité. Ce travail à l’Observatoire régional des métiers consiste à étudier la relation entre formation et emploi selon trois grands domaines :

- l’évolution des métiers
- les politiques et les pratiques de formation initiale et professionnelle des publics en difficulté d’insertion et des salariés
- les conditions de l’insertion professionnelle.

Ce sont aussi trois angles pour aborder la question de la relation entre emploi et santé.

Nous contribuons à la recherche de causalités, en mettant à disposition nos données et par des rapprochements les plus fréquents possibles avec l’ORS, le DROS et le CRES.

Je citerai trois propriétés de l’emploi :

- un rôle socioprofessionnel variable

Tout travail, toute situation professionnelle se traduisent par une finalité plus ou moins bien vécue par la personne. Ce rôle socioprofessionnel est donc variable selon l’âge et pour les jeunes selon le confort de la situation professionnelle ou familiale. Par exemple, un jeune en insertion qui distribue des journaux gratuits le matin de bonne heure à l’entrée du métro, trouve “ce travail gratifiant” parce qu’il rencontre des gens. Il le vit très bien. Mais après un an à se lever très tôt pour gagner 320 € par mois, il n’aura peut-être plus la même perception de la finalité de son travail et de son rôle socioprofessionnel.

- Le caractère structurant de toute tâche requiert trois dimensions principales : de la technicité, de l’organisation, des dimensions relationnelles. Ces trois dimensions ne sont pas acquises en formation et, pour un débutant, c’est une sorte de mise à l’épreuve qui va se jouer de façon plus ou moins confortable selon les individus.

- la combinaison entre la spécialisation et la polyvalence. Aujourd’hui, il est nécessaire d’être très spécialisé mais aussi très polyvalent et ceci d’autant plus avec

les nouvelles technologies nous permettant de gérer notre emploi du temps et de faire notre secrétariat. Cette combinaison fait l'objet de tension pendant l'exercice du travail.

J'insiste aussi sur une autre dimension très actuelle : la pluridisciplinarité. Il ne suffit plus d'être électromécanicien, il faut être aussi hydrolicien. Cependant, notre système éducatif n'est pas adapté à ces cursus bipolaires.

Le métier, quant à lui, se construit par l'expérience, avec une dimension culturelle dans un environnement professionnel qui va évoluer dans le temps. Mais un jeune est confronté à ces différentes exigences dès qu'il entre sur le marché du travail.

Face au système éducatif, tous les jeunes ne sont pas placés au même rang, par exemple concernant l'accessibilité au diplôme.

Alors, un diplôme pour tous ?

Chaque année, le système éducatif en PACA produit 21% de non diplômés (17% au niveau national). Evidemment, les conditions de la famille, le niveau d'étude des parents et le milieu social jouent un effet important puisque parmi les 21% de non diplômés, 29% ont un père ouvrier et 9% un père cadre. On trouvera aussi plus souvent les deux parents nés à l'étranger (34%), tandis que parmi les jeunes qui ont un bac+2, cette proportion n'est plus que de 13%.

Je propose l'hypothèse que l'accès au diplôme se conjugue peut être aussi avec l'accès à la santé. Et nous retrouvons les mêmes débats que dans le secteur de la santé : la question de la qualité de l'offre, la question du public et du privé, la question du coût qui se conjugue avec la durée des études.

A quoi sert le diplôme ? Trois critères permettent de mesurer la performance du diplôme :

- > Le niveau : le diplôme le plus élevé reste plus payant en termes d'insertion. Trois ans après l'entrée sur le marché du travail, 90% des 3^{èmes} cycles ont un emploi. Tandis que les titulaires d'un bac, hors bac professionnel, ont un taux d'occupation d'emploi de 63%.
- > La finalité du diplôme : les diplômés à finalité professionnalisante comme le CAP ou le BEP ont une bonne insertion par rapport au diplôme plus élevé, comme le bac.
- > Le parcours de formation : à diplôme égal, l'insertion directe par un cursus universitaire est de 60% tandis que par un parcours plus sélectif IUT+ Faculté, elle est de 75%. Le diplôme ne suffit pas, le recruteur fera la différence à partir du parcours le plus sélectif.

L'entrée dans la vie active est un passage de moins en moins net en raison de trois situations :

- > La banalisation du chômage : pendant les trois premières années d'insertion, un jeune sur deux est au chômage et un quart connaît des difficultés récurrentes de chômage de longue durée. Cette banalisation agit sur la capacité du jeune à se projeter dans l'avenir.
- > L'imbrication de l'emploi et de la formation : 75% des jeunes ont déjà travaillé pendant la durée des études, du job occasionnel à l'emploi qui permet de payer ses études. On observe aussi, pendant les trois années d'entrée dans le travail, une reprise des études pour 6% des jeunes et le suivi d'une formation complémentaire par des dispositifs hors emploi comme ceux offerts par le Conseil régional, pour 14%. C'est donc 20% qui ne sont pas satisfaits de leur formation initiale.
- > L'appréhension du monde du travail : en PACA, on observe une tendance à retarder l'orientation en filière générale. Les jeunes de PACA se dirigent à la sortie du bac à 44% dans les universités (pour 36% en France).

A noter également le statut ambivalent de l'apprenti, entre le statut d'élève et celui de salarié. Dans une étude qualitative, que nous avons réalisée récemment sur une cohorte de 1000 apprentis, nous avons pointé que l'un des critères de choix d'une entreprise est la proximité. Finalement, la vocation pour le métier compte moins que l'entreprise qui se situe dans le quartier ou dans laquelle exerce un parent ou un ami. Cette notion d'environnement familial certainement sécurisant a été interprétée comme un signal montrant que les jeunes ont peur du monde du travail.

Pour finir, quelques chiffres sur l'insertion professionnelle dans notre région :

	2001		2007	
	Emploi	Chômage	Emploi	Chômage
PACA	77 %	13 %	74 %	15 %
France	82 %	10 %	77 %	13 %

En 2007, 74% des jeunes sortis de formation sont en emploi ; c'est moins qu'en 2001 (77%) et qu'au niveau national, même si l'écart se réduit.

En PACA, la question de la mobilité géographique et professionnelle est essentielle ;

tous les jeunes n'ont pas la même capacité à changer de région pour des études ou pour trouver du travail.

Et là encore, la mobilité est plus fréquente à niveau d'étude supérieur. Ceux qui ont déjà des conditions difficiles d'insertion auront moins de chances de trouver du travail en PACA car, en étant une région très attractive, elle met d'autant plus ces jeunes en concurrence.

Pour terminer, j'aborderais comme mes collègues la question de l'autonomie. L'accès rapide et durable à l'emploi concerne 52% des jeunes. Ce niveau d'insertion est moins bon en PACA qu'en France. Plus d'un tiers des jeunes démarre dans le commerce et l'hôtellerie-restauration, premiers secteurs touchés par la crise. Un tiers démarre à temps partiel.

Concernant les salaires (médian, primes incluses) trois ans après la sortie de formation :

Non-diplômé	Bac gal + techno	Bac pro tert	2nd cycle L3 + M1	Ensemble
1 100	1 150	1 200	1 500	1 300

Les jeunes ont intégré ce phénomène de dégradation de la rémunération. L'étalon est le SMIC, indépendamment des diplômes et du contrat.

Concernant l'autonomie, beaucoup sont en emploi... et vivent à la maison, comme le montre le tableau ci-dessous :

	Chez les parents	En couple
Femmes	63 %	76 %
Hommes	68 %	88 %

“Actions de santé menées auprès des jeunes de 16-25 ans en région PACA en 2006-2007”

Zeina Mansour, Directrice du CRES PACA

Comment mobiliser les jeunes autour de leur santé alors qu'ils sont confrontés aux problèmes majeurs évoqués ce matin ?

Nous allons montrer les différents efforts faits en région PACA autour de la santé des jeunes de 16 à 25 ans en insertion professionnelle.

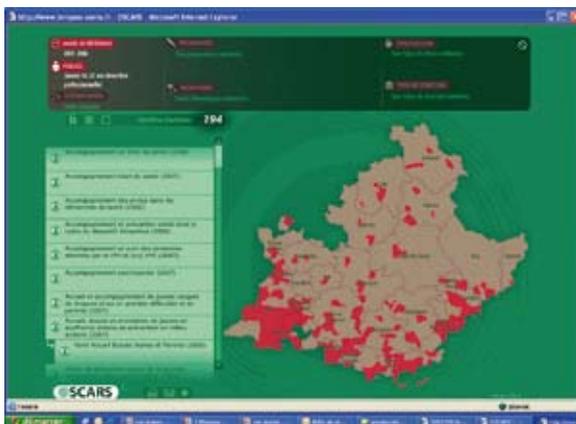
Ce diaporama a été réalisé à partir d'une base de données créée par le CRES, OSCARS (observation et suivi cartographique des actions régionales de santé) que vous pouvez trouver sur le site internet du CRES et qui prend en compte l'ensemble des actions de santé réalisées dans notre région, financées par l'État et d'autres financeurs, dont le Conseil régional. Cette base est mise à jour régulièrement et dans quelques semaines elle sera actualisée avec toutes les actions 2008 de l'État, la Région, la Direction régionale Jeunesse et Sport, la Mildt.

Cette base de données est interrogeable selon différents critères : l'année, le public, les programmes de santé, les thématiques, les types d'action, les types de structures et l'outil de catégorisation des résultats, outil pour lequel certains d'entre nous ont été formés.

En ce qui concerne la présentation d'aujourd'hui, je suis allée puiser dans la base en interrogeant la caractéristique : “jeunes de 16 à 25 ans en insertion professionnelle”.

Pour les années 2006-2007, 194 actions sont répertoriées. Chacun d'entre vous est invité à porter à notre connaissance des actions que vous souhaitez faire apparaître dans la base.

La région est relativement bien couverte, ce qu'indique la coloration rouge sur les communes sur lesquelles ont été réalisées des actions, en rose la couverture territoriale des actions et en hachuré la couverture des actions régionales.



Les lieux d'intervention sont divers et variés : dans les missions locales, dans les centres d'examen de santé, centres de formation des apprentis, d'autres centres de formation, des centres de loisirs, de vacances, des festivals, des centres sociaux, des centres communaux d'action sociale, des PAEJ, etc.

La base permet par une visualisation simple de repérer les zones oubliées au sein desquelles il serait intéressant d'inciter les promoteurs à développer des actions.

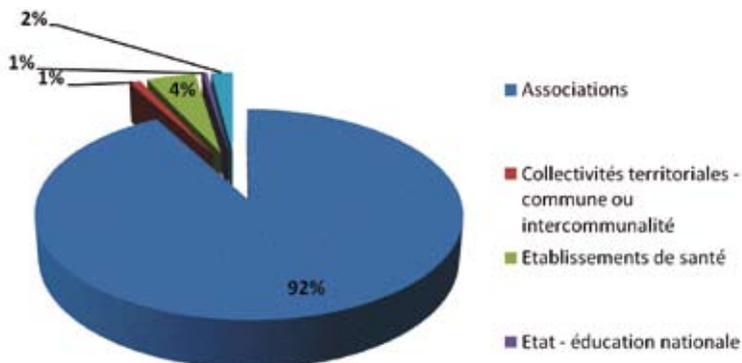
Afin de vous montrer la fiche de présentation d'une action, prenons l'exemple d'une action réalisée sur le territoire d'Avignon. Elle s'intitule "dispositif spécifique santé en réseau d'accompagnement de la souffrance psychique des jeunes" et a été réalisée en 2006 par la mission locale d'Avignon. Elle présente de nombreux intérêts. Elle se caractérise par la diversité des financeurs, Etat, assurance maladie, collectivités territoriales et autres. Ensuite, elle s'appuie sur une étude approfondie de la situation initiale et présente un contexte détaillé. Le descriptif de l'activité est très diversifié et fait appel à de nombreux partenaires.

OSCARS donne accès également à une base des porteurs de projets. En l'interrogeant sur l'acteur "Espace santé jeunes de Salon-de-Provence", par exemple, nous obtenons des données sur l'ensemble des actions réalisées par cette structure au cours de ces deux années.

Que nous apprend la base sur les jeunes de 16 à 25 ans ?

Les actions qui concernent ce public représentent 17% de la totalité des actions réalisées en 2006-2007 sur la région PACA. Elles sont portées essentiellement par des associations (92%) et également par des établissements de santé, des collectivités territoriales, des mutuelles et l'Éducation Nationale

Répartition des actions par types de structures



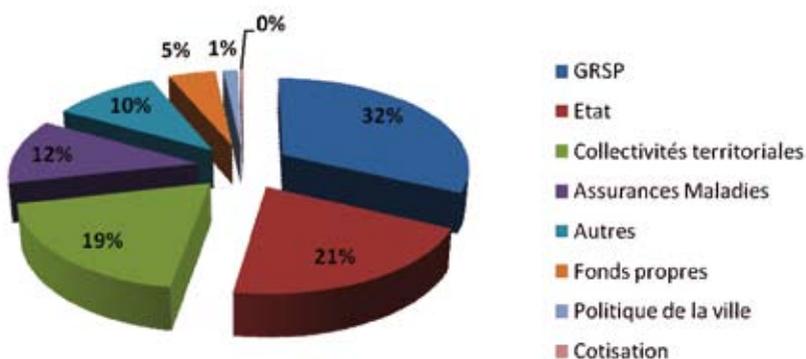
Les intervenants auprès de ce public sont :

- Collectif Santé Jeunes du pays Aubagnais
- CODES
- Association Jeunesse Information Espace Santé
- Espace Santé Jeunes Salon de Provence
- Assistance et Réinsertion des Toxicomanes et Sidéens
- Point Ecoute Jeunes
- Mission locale du delta
- CRIPS
- CIRDD
- Mutualité française
- Mission locale ouest et haut var
- Espace Santé Jeunes du Bassin Cannois
- AXIS

La part des financeurs

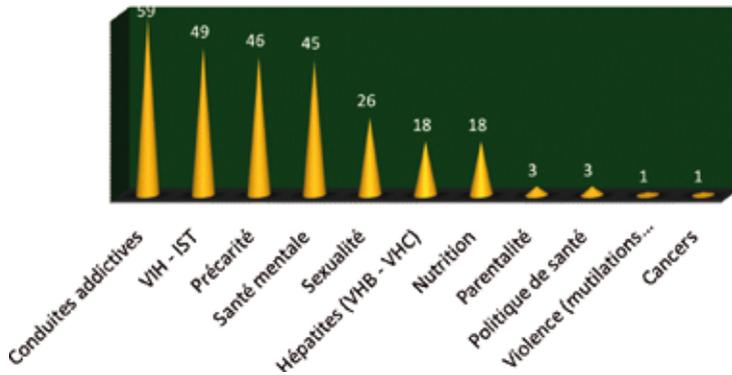
32% par le GRSP, 19% par les collectivités territoriales, l'assurance maladie, la politique de la ville

Parts des financeurs



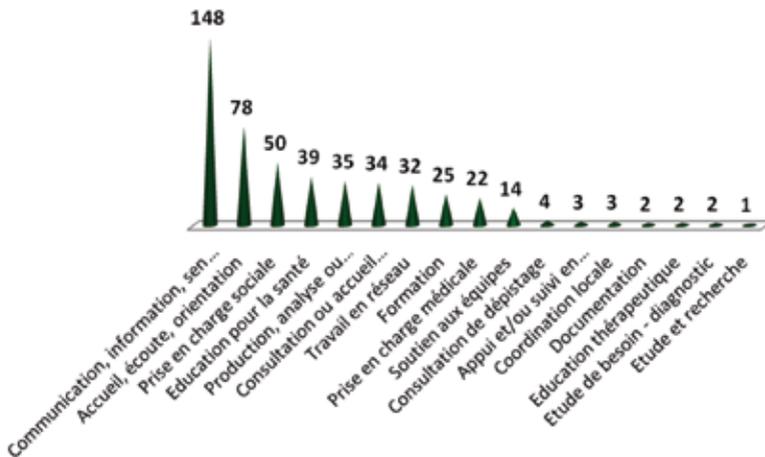
Les thèmes les plus souvent abordés sont : les conduites addictives, le VIH-IST, la précarité, la santé mentale.

Répartition des actions par thématique

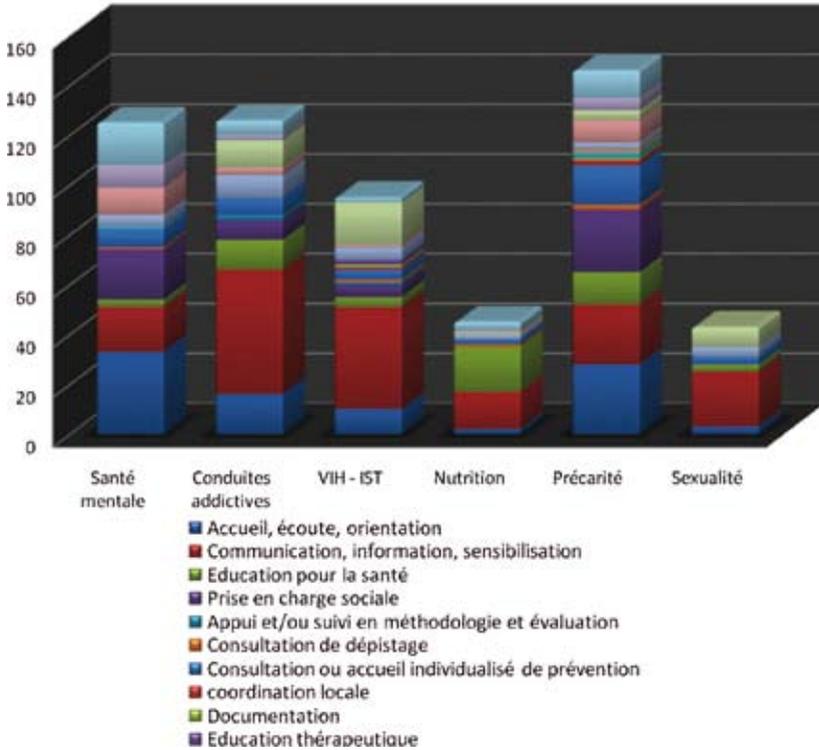


On peut remarquer des interventions souvent monothématiques, au détriment d'actions pluri-thématiques.

Les types d'intervention : diverses et variées avec une grande prédominance d'action de communication, d'information, de sensibilisation. Un quart d'actions d'éducation pour la santé pour trois quarts d'actions de communication, d'information, de sensibilisation.



Les actions mises en œuvre pour chaque thématique

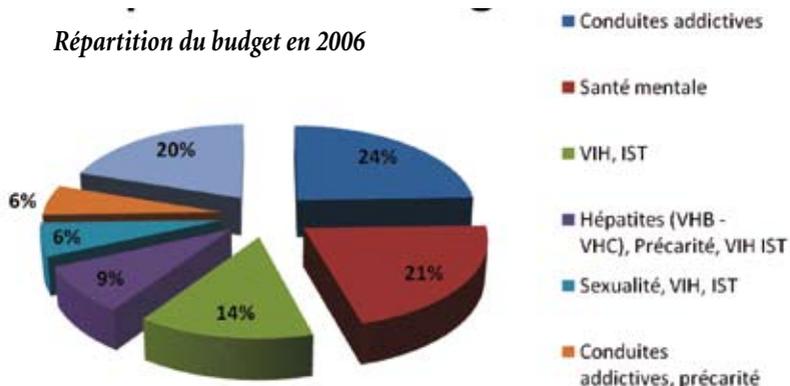


En étudiant les types d'interventions, thématique par thématique, on s'aperçoit que les actions de communication, d'information, de sensibilisation sont importantes pour les conduites addictives, le VIH-Sida et la nutrition. En ce qui concerne les actions d'éducation pour la santé, on remarque la part relativement minime en général, mais plus développée pour les actions de nutrition.

Cette diapositive montre la marge d'évolution nécessaire pour permettre à des actions de communication, d'information, de sensibilisation de se transformer en action d'éducation pour la santé, qui nécessite plus d'investissement et de temps.

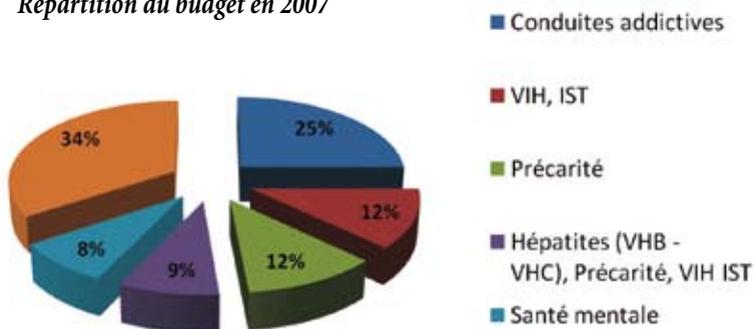
La répartition des budgets par thématiques :
En 2006

Répartition du budget en 2006



En 2007

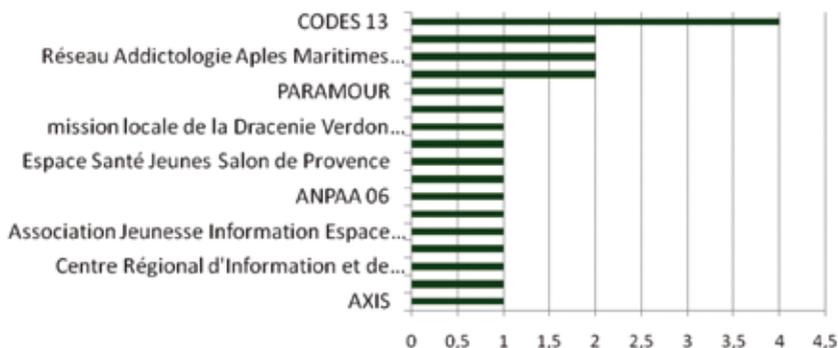
Répartition du budget en 2007



Nous supposons que les actions nutrition ont impacté la part des “autres”, 34% en 2007 pour 20% en 2006.

Concernant les missions locales, 11% des actions tournées vers les jeunes en insertion sont portées par les missions locales. Pour cela, les missions locales font appel à une diversité de partenaires : souvent les CoDES, mais aussi d'autres associations :

***Actions menées par les principaux acteurs intervenants
auprès des jeunes des missions locales***



Afin de vous communiquer quelques exemples d'intervention, je vais donner la parole aux responsables d'actions qui sont dans la salle.

Anne-Marie Saugeron, directrice du CoDES des Alpes de Haute-Provence :

Le CoDES 04 mène une activité auprès du CETAF, financée par le Conseil régional, les villes de Digne-les-Bains et de Manosque, la Fondation de France, la Préfecture sur les crédits de la Mildt. Cette action intitulée "promotion de la santé et intégration des jeunes en difficulté" s'adresse aux jeunes sortis du système scolaire, qui se trouvent en formation, en insertion ou en foyer. Chaque année entre 225 et 250 jeunes bénéficient de cette action dans les Alpes de Haute-Provence grâce à un partenariat avec la mission locale et les organismes de formation tels que le GRETA, la Ligue de l'enseignement et les maisons d'enfant à caractère social. Un des objectifs est de rendre les jeunes acteurs de leur santé. Chaque groupe bénéficie de quatre séances interactives de deux heures, la première sur les représentations de la santé, puis trois séances sur des thèmes de santé choisis par les jeunes eux-mêmes : addictions, sexualité, alimentation, VIH-Sida, sommeil, stress.

Une autre action phare financée par la Région et portée par le CRIPS : le pôle d'intervention sexualité-Sida au sein des CFA :

Célia Chischportich, coordinatrice du CRIPS de Marseille

Depuis presque 10 ans, le CRIPS développe un pôle d'intervention et de prévention pour les centres de formation des apprentis qui s'est ouvert aux lycées depuis 2 ans. Ce pôle de prévention s'est élargi aux problématiques autour de la sexualité ; il intervient auprès de 9000 jeunes de toute la région en 2008 dont 3500 en CFA. C'est plus de 450 interventions réalisées de façon ponctuelle auxquelles s'ajoutent des projets à plus long terme.

Henri Deschaux-Baume, Mutualité française des Alpes-Maritimes

La Mutualité française porte un programme régional sur les six départements de PACA dans les CFA qui s'adresse aux jeunes, aux formateurs et aux maîtres d'apprentissage. Financé par le Conseil régional et la Mutualité française, ce programme a été initié à la demande des CFA eux-mêmes à partir d'un constat de consommation de produits psychoactifs.

Karine Ancelin, chargée de mission au Conseil régional

Ces actions sont financées par la région car PACA est la seconde région de France touchée par le VIH. Parallèlement, les chiffres sont inquiétants concernant les comportements de prévention. Depuis 2006, la Région a décidé de prioriser la question de la sexualité des jeunes et a développé un pôle de prévention avec le CRIPS et la Mutualité française. Tous les CFA et les lycées sont concernés par ce dispositif.

En 2008, la Région a lancé un appel à projets sur la prévention des addictions, suite à l'étude réalisée par l'ORS qui révèle des problèmes sur la consommation de cannabis et l'alcoolisation massive. Suite à cet appel à projets, la Région soutient la Mutualité française pour mettre en œuvre un programme de prévention dans les CFA.

Par ailleurs, l'action "Trop puissant", pilotée par la régie culturelle, a pour but la prévention des risques auditifs. Des musiciens formés au risque auditif font des concerts pour les lycéens et les apprentis au cours desquels ils font passer un message sur les risques liés à l'écoute amplifiée.

Zeina Mansour

La région PACA bénéficie de centres de ressources qui contribuent à la professionnalisation des acteurs par la documentation, le conseil en méthodologie et la formation ainsi que la mise en relation des acteurs. Valoriser la connaissance des ressources et la mise en lien permet d'apporter des réponses globales.

Animateur de l'après-midi : Pr Thémis Apostolidis
UFR Psychologie Sciences de l'éducation, Université de
Provence, Aix-en-Provence

Troisième table-ronde

Quelle prise en charge sanitaire pour les jeunes en insertion ?

**“Les missions locales : prise en compte de la santé
dans le parcours d'insertion”,
Emmanuel Guichard,
Association régionale des missions locales**

La loi du 18 janvier 2005 a défini le cadre d'intervention des missions locales comme une mission de service public, autour de deux axes :

- tout d'abord, aider les jeunes de 16 à 25 ans révolus sortis du système scolaire à résoudre l'ensemble des problèmes que pose leur insertion sociale et professionnelle, en assurant les fonctions d'accueil, d'information, d'orientation et d'accompagnement
- mais aussi favoriser la concertation entre les différents partenaires en vue de renforcer ou compléter les actions qu'ils conduisent. Les missions locales mobilisent en effet de nombreux partenaires issus de divers champs, dont celui de la santé, en développant des stratégies de réseaux par exemple. Ce travail n'est pas toujours évident, mais les missions locales sont fréquemment à l'initiative ou partenaires de projets autour de la santé sur leur territoire.

Depuis 2006, il existe une charte autour de la santé des jeunes des missions locales, pour améliorer leur qualité de vie, leur bien-être et leur autonomie. Elle vise à favoriser l'accès des jeunes aux soins, aux droits, à la prévention et à l'éducation pour la santé, en renforçant le lien social et en encourageant des actions de promotion de santé.

Chaque année, le réseau des missions locales de la région PACA accueille plus de 100.000 jeunes.

15.000 d'entre eux bénéficient d'un acte de service santé, lesquels représentent plus de 5% des 650.000 actes de service réalisés en mission locale.

A noter que l'accès à l'emploi représente 40% des actes de service, la formation 23,5%, le travail sur le projet professionnel 17,7%, la citoyenneté 9,2%, le logement 3,5%, et les loisirs - sports - culture 1%.

L'image que l'on a des missions locales, centrées sur la formation et l'emploi, est réelle, mais elles proposent de nombreuses autres activités.

Le réseau des missions locales dispose d'un outil très performant, un système d'information national extrêmement pointu, intitulé « Parcours 3 », qui, tout en étant dévoreur de temps pour les conseillers, donne de nombreuses informations. Malheureusement il ne permet pas de connaître la situation sanitaire des jeunes. Pour l'évaluer, nous ne disposons que de ce qui est visible ou exprimé par le jeune.

On peut distinguer **quatre grands types d'actes de services "santé"** proposés par les missions locales :

- les bilans de santé
- la mobilisation par les partenaires
- les services internes aux missions locales
- l'octroi d'aides financières

1/ Les bilans de santé :

Près de 3000 jeunes sont orientés chaque année vers les cinq centres d'examens de santé de la région, avec parfois des difficultés d'accès sur certains territoires.

C'est le cas par exemple de la mission locale du centre Var qui oriente les jeunes vers le centre d'examens de santé de Toulon et doit les y conduire à 7h00 du matin...

Cette année, l'articulation des missions locales avec les centres d'examens de santé fait l'objet d'un axe de travail spécifique. Le CRES nous a réuni récemment pour tenter d'harmoniser les pratiques, améliorer le fonctionnement sur les territoires et notamment nous permettre de récupérer des informations sur l'état de santé des jeunes que nous orientons vers ces centres d'examens de santé, tout en préservant leur anonymat.

2/ La mobilisation des partenaires :

Lorsqu'un conseiller de mission locale reçoit un jeune, il se préoccupe systématiquement de son accès aux droits et vérifie s'il bénéficie bien de la CMU et de la CMU complémentaire. Il s'agit de l'un des points à renseigner dans le système d'information Parcours 3.

Si ce n'est pas le cas, un dossier est constitué pour établir ses droits, en partenariat avec les maisons de la solidarité ou la Caisse d'allocations familiales.

Les missions locales s'appuient sur de nombreux autres partenaires santé, plus ou moins nombreux selon les territoires, certains actifs et d'autres moins. Mais un conseiller de mission locale se doit de connaître les partenaires à qui il peut s'adresser sur le registre de la santé : espaces santé jeunes, ateliers santé ville, points accueil et écoute jeunes, centres médico-psychologiques, associations spécialisées (prévention des conduites addictives, associations caritatives pour l'aide alimentaire etc.) Il appartient à chaque mission locale de connaître les acteurs de son territoire et la façon dont ils travaillent, et éventuellement de formaliser le partenariat. Un travail est en cours avec le Conseil régional et le CRES.

3/ Les services mobilisés en interne :

Les services mobilisés en interne dans les missions locales sont de deux ordres.

- **Tout d'abord les entretiens spécialisés** : certaines missions locales emploient des médecins à temps plein, des psychologues, des travailleurs sociaux, ou un référent santé avec une formation plus pointue à l'écoute. Quel que soit le profil, elles proposent le plus souvent un référent santé.

- **Puis des actions santé laissées à l'initiative de chaque mission locale**, comme des ateliers santé, même s'il n'est pas facile d'aborder la question de la santé individuellement ou collectivement. Par exemple, la mission locale du centre Var organise au moins une fois par an une intervention auprès des équipes sur la prévention des conduites à risques.

4/ Les aides financières :

3000 jeunes bénéficient chaque année d'une aide financière, fonds d'aide aux jeunes, en matière alimentaire ou de santé.

Précisons que certaines aides en matière de santé disparaissent des statistiques du fait qu'elles sont attribuées en majorité au projet professionnel et à l'accès à l'emploi, et bien qu'en partie elles portent sur l'accès à la santé.

En matière de santé, les missions locales ont réfléchi à des **axes de progrès**. Quels sont-ils ?

- Il s'agit en premier lieu d'identifier les acteurs et les ressources en santé de chaque territoire. Un travail pour répertorier l'ensemble des structures santé, mais aussi faire l'inventaire des types de partenariats mis en place avec les missions locales, est en cours.

- Puis il s'agit pour les missions locales d'aborder les questions de santé dans l'accompagnement des parcours des jeunes.

Cette question peut poser problème aux conseillers des missions locales, car les jeunes ne nous identifient pas comme des intervenants du champ de la santé, mais essentiellement de l'emploi et de l'insertion. Les jeunes ne viennent pas pour exposer leurs problèmes de santé et il n'est pas évident de les faire parler de ces sujets, d'autant qu'ils n'ont pas nécessairement conscience d'avoir ou de s'exposer à un « problème de santé », notamment pour ce qui relève du dentaire ou du gynécologique.

Un programme de professionnalisation doit être mis en place dans le réseau des missions locales, afin d'instaurer peu à peu dans la relation avec le jeune une confiance suffisante pour que ces problèmes puissent être abordés.

Cela nécessite un travail au long cours, un suivi dans la durée.

Nous avons l'avantage de disposer d'un certain nombre de portes d'entrées, comme l'accès aux droits, l'information et l'orientation vers des structures d'écoute par exemple.

En PACA, le réseau régional des missions locales est constitué de 29 missions locales, représentant 850 salariés, 360 points d'accueil de proximité couvrant 908 communes.

Chaque année, 103.000 jeunes sont accueillis, dont 40.000 pour la première fois. 325.000 entretiens individuels sont menés, 26.000 jeunes entrent en emploi, et plus de 17.000 jeunes intègrent une action de formation.

Un programme régional d'animation de ce réseau, relativement dense, intègre l'axe santé et prévoit en 2009 :

- un état des lieux des actions santé menées par les missions locales, via un questionnaire prévu à l'automne 2009
- une harmonisation des partenariats avec les centres d'examen de santé
- une sensibilisation des professionnels au volet santé (via des réunions départementales notamment) pour sensibiliser à l'importance de la prise en compte de la santé dans les parcours des jeunes.

Questions de la salle

M. Amri, coordinateur du Point accueil et écoute jeunes d'Aix-en-Provence

Les conseillers des missions locales s'identifient-ils à des interlocuteurs potentiels de santé et se sentent-ils en capacité d'aborder ces thématiques ? Ils ne sont pas formés à cela. Y a-t-il des projets de mise en place de formations ?

Emmanuel Guichard

Vous avez tout à fait raison. Les missions locales sont des structures généralistes et doivent être capables d'orienter vers les spécialistes de cette écoute. Mais avant d'orienter, il faut être en mesure d'établir un diagnostic. Un programme de professionnalisation est en cours, autour de différents axes et notamment celui de la santé, pour 2010. Les conseillers des missions locales ne seront jamais des spécialistes, mais nous envisageons des formations à l'écoute pour développer la capacité à aborder les questions de santé. Car la santé est un déterminant de l'insertion sociale et professionnelle. Un jeune présentant un mauvais état de santé ne pourra pas être orienté vers l'emploi ni vers la formation.

Karine Ancelin, chargée de mission santé au Conseil régional

Nous avons tout à fait conscience que le métier des conseillers des missions locales ne consiste pas à aborder les questions de santé. Un travail est en cours avec l'association régionale des missions locales et le CRES pour proposer un module de formation aux référents santé des missions locales. Il ne s'agit pas d'en faire des spécialistes de la santé, mais de leur permettre d'aborder ces questions avec les jeunes et de connaître sur leur territoire les ressources existantes pour orienter en fonction des besoins.

Je rappelle également qu'en 2008 et 2009 nous soutenons le CIRDD pour mener des actions de prévention des addictions auprès des conseillers des missions locales.

Pr Thémis Apostolidis

Depuis ce matin il a beaucoup été question de la santé diagnostiquée, c'est-à-dire celle de l'expert, mais pas de la santé ressentie par le public. Pour les jeunes en situation de précarité, la santé signifie satisfaire ses besoins primaires, manger à sa faim, dormir etc. Il faut pouvoir concilier la santé vue par les professionnels et la santé vue par le public jeune.

Xavier Durang, DROS PACA

Ces six derniers mois, avez-vous ressenti les effets de la crise, en termes de fréquentation des missions locales, de problématiques ?

Emmanuel Guichard

Oui en effet, cela fait plusieurs mois que les effets de la crise sur le secteur de l'emploi sont visibles. On peut penser que la souffrance des jeunes va augmenter, alors que les Fonds d'aides aux jeunes sont limités, tout comme les aides financières. Un problème va se poser entre les demandes et l'offre.

“L'expérience du Comité territorial éducation et formation du Var (COTEFE 07) : le dispositif Interface prévention santé insertion”, Karin Delrieu, Mutualité française PACA et Anne Ascension, association Verticale, Toulon

Anne Ascensio, association Verticale, Toulon

L'expérience que je vais vous présenter a démarré en 2007, avec la mise en place des Comités territoriaux éducation et formation (COTEFE) sur les territoires.

J'animais à ce moment-là un groupe de travail sur les causes de rupture dans les parcours d'insertion des jeunes. Ce groupe de travail était composé de représentants des quatre missions locales du territoire de Toulon, de centres de formation porteurs d'ETAPS (espaces territoriaux d'accès aux premiers savoirs), de centres de formation des apprentis et de chantiers d'insertion.

Nous avons voulu dans un premier temps identifier les causes de ruptures existant dans le parcours d'un jeune, de l'accueil à la mission locale jusqu'à sa sortie “inséré”. Nous nous sommes notamment intéressés aux ruptures qui n'avaient pas trouvé de solution et avons focalisé notre attention sur la santé. De nombreux jeunes présentaient en effet une souffrance psychique et les solutions étaient très peu connues des opérateurs de terrain. Les jeunes n'identifient pas les problèmes de santé comme des freins à l'insertion, ni comme des problématiques. Nous avons mené une réflexion pour éviter les ruptures, faire en sorte que les jeunes ne sortent pas des parcours et ne coupent pas les liens.

Notre travail a porté autour de quatre axes :

- **la formation de référents santé** au sein des structures de terrain, organismes de formation accueillant des jeunes en ETAPS ou chantiers d'insertion. Cette formation démarre la semaine prochaine et va durer 18 jours. Elle comprend un référentiel et associe de nombreux professionnels de santé (CoDES, maison du diabète et de la nutrition, Mutualité française, centres de formation...). Il s'agit de former à l'écoute et à la façon d'aborder les problématiques de santé, afin d'amener les jeunes à accepter de se prendre en charge.

- **l'identification des différents intervenants sur le terrain** - la problématique est identique à celle des missions locales - et la coordination de ces acteurs des

champs de la santé et de l'insertion. Nous avons fait appel pour cela à la Mutualité française.

- **L'accompagnement des jeunes**, une fois les problématiques santé identifiées : pour aider les jeunes à dépasser certains freins, nous avons mis en place un atelier autour de l'estime de soi, la porte d'entrée étant le thème de "l'accès à l'entreprise". L'objectif étant à terme que les jeunes acceptent de se prendre en charge et acceptent l'accompagnement individuel vers les professionnels de santé identifiés.

- **L'identification des problématiques santé** : une enquête santé a été mise en place en direction des jeunes des missions locales, CFA et chantiers d'insertion, afin de permettre aux intervenants de mieux identifier leurs problématiques santé et de travailler ensemble à des solutions. La création de "l'Interface Prévention Santé Insertion" (IPSI) s'est faite au travers de différents financements que va présenter Karin Delrieu.

Karin Delrieu, Mutualité Française PACA

Le dispositif "Interface Prévention Santé Insertion" (IPSI), soutenu par le Conseil régional PACA et porté par la Mutualité Française, est l'un des dispositifs du COTEF 07 sur Toulon et ses alentours.

Il représente une réponse "santé" dans un parcours d'insertion. Il a pour objet de rapprocher le monde de la prévention du monde de l'insertion, de favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé et, à long terme, d'optimiser les parcours d'insertion.

Il s'agit également de renforcer les compétences des dispositifs d'insertion, par la formation de référents santé dans les structures d'insertion, mais aussi d'élaborer et de mettre en oeuvre des actions de prévention et de promotion de la santé en tenant compte des besoins et attentes.

Le public cible est constitué de 1000 bénéficiaires des dispositifs d'insertion : 16/25 ans et adultes en situation d'insertion sociale et professionnelle, accueillis par les missions locales, les chantiers d'insertion, les organismes de formation porteurs d'ETAPS, les centres de formation des apprentis.

Les **missions** qui ont été attribuées à l'IPSI sont :

1/ **le recensement et le référencement des acteurs de prévention** (CoDES 83, Paramour, CIRDD, Association Verticale et d'autres qu'il conviendra de compléter)

2/ **la mobilisation et l'animation du réseau** des 30 dispositifs d'insertion recensés sur le territoire. L'entrée dans le réseau devra être volontaire. Une convention de partenariat permettra d'identifier la place et le rôle de chacun dans le réseau. Un référent santé, désigné dans chaque dispositif, sera l'interlocuteur privilégié de l'IPSI et devra jouer un rôle de facilitateur et de veille pour faire remonter les besoins et attentes du public.

La posture du référent santé sera abordée en formation, avec une sensibilisation aux questions de santé (concept de santé, accompagnement au changement, prévention des addictions, équilibre alimentaire, rythme de vie, sexualité...)

La formation dure comme on l'a vu 18 jours, cela requiert un certain engagement de la part des structures et des référents santé.

3/ **le recensement des données en matière de besoins des usagers**, via les référents santé

4/ **la coordination et la programmation des interventions de prévention et de promotion de la santé.**

Des actions ont d'ores et déjà été programmées pour l'année, sur la prévention des addictions, la prévention des risques liés à la sexualité, à l'écoute amplifiée de sons, ou encore aux tatouages et piercings.

Le dispositif restant expérimental, il est d'autant plus important de pouvoir observer l'adéquation entre la réponse du dispositif et le besoin. **L'évaluation** portera donc sur :

- les ressources et moyens mobilisés
- le nombre et la qualité des structures d'insertion et leur implication dans le dispositif
- le nombre et la qualité des actions mises en œuvre
- le public touché et leur satisfaction
- les savoir-faire acquis.

À ce jour, 11 dispositifs d'insertion font partie de la démarche, sur un total de 30, et 12 référents santé se sont inscrits à la formation qui démarre le 20 mars 2009.

Questions de la salle

Zeina Mansour, Directrice du CRES PACA

Quel est le contenu de cette formation de 18 jours ? S'agit-il d'une formation qualifiante et comment stabiliser les personnes formées dans les postes de référents santé ?

Karin Delrieu

La stabilisation des postes est une question complexe. La réflexion porte actuellement sur l'engagement contractuel d'un dispositif d'insertion volontaire qui nomme un référent santé et s'engage à participer à la formation.

Quant au contenu, il doit permettre de définir ce que l'on attend du référent santé, et le sensibiliser à des thèmes comme l'hygiène alimentaire, l'hygiène de vie, ou dans un premier temps la prévention des addictions et des risques liés à la sexualité.

“Les activités de l'Espace santé jeunes de Salon-de-Provence”

Carmelo Franchina, Directeur

Je remercie tout d'abord le CRES et le Conseil régional de nous inviter à faire part de notre travail, ainsi que l'ensemble de nos partenaires associatifs et institutionnels qui contribuent à l'activité de l'Espace santé jeunes au bénéfice des adolescents.

La porte d'entrée du somatique :

L'OMS définit la santé comme un état complet de bien-être physique, mental et social ; la santé ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Cette définition n'a pas été modifiée depuis 1946. Elle est donc issue de l'utopie de l'immédiat après-guerre et proposait un idéal tendant vers la plénitude et le bonheur.

Toutefois les choses ne sont pas toujours aussi simples car la santé reste un terme générique, rattaché pour une grande part au somatique.

Pour la première fois en 1995, le rapport “Ces souffrances qu'on ne peut plus cacher”, de Strohl-Lazarus, abordait les questions du mal-être psychosocial comme élément déterminant dans le parcours d'insertion d'un jeune.

Aujourd'hui, même si la définition de l'OMS reste d'actualité et garde toute sa force, c'est peut-être l'utopie qu'elle proposait qui est atteinte.

Aujourd'hui, il n'est plus question d'aller parfaitement bien mais de vivre avec sa souffrance sans en être détruit.

L'Espace Santé Jeunes a contribué de ce mouvement qui a mis l'accent sur le fait que le professionnel se devait d'être à l'écoute du sujet et de l'aider là où il en est. C'est le sujet qui importe, le jeune que le professionnel va soutenir, dans sa posture d'accueil et d'écoute.

Pour éclairer mon propos, je prendrais l'exemple des visites médicales organisées avec la mission locale du Pays salonais dans le cadre du Programme Régional de Formation.

Ces visites médicales présentent plusieurs intérêts.

Dans le cadre de la formation, elles contribuent à la sécurisation des parcours de formation, en permettant de vérifier que l'état de santé du jeune lui permet

de suivre son cursus et notamment, de réaliser les périodes de stages prévues en entreprises.

Cela se matérialise par la délivrance de certificats d'aptitude établis par le médecin assurant les visites.

Une articulation étroite entre la mission locale, l'espace santé jeunes et les organismes de formation permet d'organiser la programmation et le suivi de ces visites (pointage des présences, absences, reprogrammation de rendez-vous pour les absents), ainsi que pour les visites de suivi.

Les visites médicales permettent également une prise en charge globale de la santé, au-delà du parcours de formation.

En effet, ces visites médicales sont organisées sur un mode original combinant un accueil du jeune en deux temps : un entretien avec une assistante sociale conseillère conjugale détachée à l'espace santé jeunes par le centre médico-psychologique, et, dans la foulée, la visite avec le médecin.

Ainsi, au-delà du caractère strictement médical de la visite, c'est l'individu dans sa globalité qui est considéré, sa situation sociale pouvant être facteur de mal-être, d'instabilité, voire de carence. La visite médicale rejoint ainsi pleinement la démarche d'approche globale de la mission locale pour la construction du parcours d'insertion sociale et professionnelle des jeunes. Dans le respect de la déontologie et du secret médical, en accord avec le jeune, certaines informations peuvent être partagées avec le conseiller-référent du jeune à la mission locale, de manière à structurer la construction de son parcours.

Cette organisation permet de dépasser le stade de la formalité administrative liée au statut de stagiaire de la formation professionnelle en positionnant la démarche comme un "rendez-vous santé" durant lequel le jeune bénéficie d'une écoute.

Enfin, le fait que la visite médicale de formation se déroule à l'espace santé jeunes est un atout majeur. Lieu d'accueil et d'écoute pluridisciplinaire réunissant des professionnels du secteur psychologique, éducatif, social et médical, la structure est en capacité, à la lumière des entretiens avec l'assistante sociale et/ou le médecin, de formuler des propositions de prises en charge au jeune en fonction de problématiques diagnostiquées et de l'accompagner dans son "parcours de soins" (au sens de prendre soins), dans une dynamique d'échange et de parole. Cela est d'autant plus important que pour certains jeunes, certaines démarches santé nécessaires (vaccination, examen radiographique, rencontre avec un psychiatre, un psychologue...) demeurent intimidantes et, non accompagnées, ne sont pas accomplies.

Les problèmes rencontrés par les jeunes sont multiples, parfois graves. Il n'est pas rare de mettre à jour des situations dont les jeunes n'ont eux-mêmes pas conscience, notamment autour des consommations de produits licites ou illicites.

Le médecin me faisait part l'autre jour de la situation de ce jeune de 17 ans et demi, demeurant dans un village près de Salon, qui consomme très régulièrement de l'alcool, en moyenne 4 à 5 bières par jour, plus 2 verres d'alcool fort et cela depuis maintenant plus d'un an ! Il n'a pas conscience d'être dans une consommation excessive car il consomme moins que ses copains et il ne se sent pas saoul. En revanche, il s'interroge sur son rapport à sa consommation d'autres produits comme le cannabis, pour laquelle il semble plus préoccupé.

Dans ce cas précis, il a fallu que le médecin formule ses inquiétudes et lui propose de rencontrer un autre médecin plus spécialisé sur les questions d'addiction, pour que ce jeune se rende compte que sa consommation n'était pas sans conséquence.

Nous rencontrons souvent des jeunes qui n'ont pas vu de médecin depuis longtemps, parfois plusieurs années. Très souvent ils ne consultent pas et repoussent les raisons de consulter, comme ce jeune qui boitait à cause d'un pied très abîmé depuis plusieurs mois. Selon lui sa situation n'était pas assez grave pour consulter, ce qui n'a pas été l'avis du médecin qui l'a adressé immédiatement aux urgences !

Se pose pour ce jeune comme pour d'autres la question de l'estime de soi, de sa valeur et donc de l'intérêt à s'occuper de soi.

Je voudrais évoquer un autre exemple qui se déroule à Arles et plus particulièrement dans le quartier Mas Thibert.

Avec le responsable du conseil local de prévention de la délinquance (CLPD) et d'autres partenaires, nous y avons constaté le comportement à risque d'un nombre significatif de jeunes : abus d'alcool, nuisance sonore, conduite sous l'effet de produits etc.

Nous avons alors proposé tous ensemble de nous immerger dans le quartier, de démarrer un travail de relation, de lien, et au terme d'un trimestre, de proposer un projet pluri-partenarial prenant en compte les différents aspects des missions, des savoir-faire des partenaires et des besoins des jeunes.

La santé comme définie précédemment est l'un des déterminants majeurs du bien-être conditionnant le fait d'être disponible pour travailler à l'élaboration d'un projet de vie.

La mise en commun des compétences au bénéfice des jeunes comme cela se pratique dans un espace santé jeunes permet cela.

Questions de la salle

M. Amri, coordinateur du Point accueil et écoute jeunes d'Aix-en-Provence

L'espace santé jeunes est-il un lieu de consultation, pour un jeune qui n'a pas de médecin généraliste par exemple, ou est-ce seulement possible dans le cadre des parcours que vous avez définis dans la convention avec la mission locale ?

Carmelo Franchina

L'espace santé jeunes est un dispositif relativement complet qui propose des consultations médico-psycho-sociales en interne. Lorsqu'il n'y a pas de médecin traitant, le jeune est accueilli, mais sinon nous faisons le lien avec le médecin traitant, car nous n'avons pas vocation à capter les jeunes. Nous en recevons près de 600 nouveaux par an, soit une file active d'environ 800 jeunes par an.

Tout ne pouvant pas être fait en interne, nous pouvons avoir à orienter vers des spécialistes, et nous travaillons avec de nombreux partenaires.

**“Accès à la médecine préventive pour les jeunes
en formation ETAPS”,
Marie-Laure Kergadallan, ateliers santé ville des Alpes de
Haute-Provence et Sonia Jolly, conseillère en formation
continue, GRETA 04**

Marie-Laure Kergadallan :

Notre intervention concerne un projet visant à favoriser l'accès à la médecine préventive pour les jeunes en formation ETAPS (espaces territoriaux d'accès aux premiers savoirs) dans les Alpes de Haute-Provence.

Ce projet a été développé dans le cadre des ateliers santé ville de Digne-les-Bains et de Manosque, et porté par le GRETA (GRoupements d'ETAbliissements) des Alpes de Haute-Provence.

Dans le cadre du diagnostic atelier santé ville de Digne-les-Bains et de Manosque, différents constats avaient été posés et avaient interpellé le comité de pilotage.

Ces constats faisaient état tout d'abord d'un déficit d'accès à la médecine préventive pour les jeunes de 16 à 25 ans, jeunes qui ne sont ni scolarisés ni entrés dans le monde du travail et qui se situent dans un entre-deux sans médecine préventive, du moins dans notre département.

Ensuite, un état des lieux réalisé par le service social de la Caisse régionale d'assurance maladie a révélé une méconnaissance du système de soins et du parcours d'accès aux soins, une méconnaissance des droits et des devoirs de l'assuré social de la part des jeunes.

Sans oublier les problèmes rencontrés pour l'accès aux visites d'aptitudes professionnelles, dans le cadre des chantiers éducatifs, qui est une problématique départementale.

Ces constats ont amené l'atelier santé ville et son comité de pilotage à constituer un groupe de travail spécifique et pluri-partenarial pour répondre à l'objectif d'améliorer l'accès à la médecine préventive des jeunes en formation ETAPS, qui constitue l'un des objectifs du plan local de santé publique de Digne-les-Bains et de Manosque.

Je rappelle, en ce qui concerne le contexte local, que le département des Alpes de

Haute-Provence ne compte pas de centre d'examen de santé, et qu'aucune prise en charge par la CPAM d'un transport collectif vers le centre d'examen de santé n'était possible.

Le public ciblé est constitué de jeunes âgés de 16 à 25 ans en situation précaire, orienté par la mission locale vers les formations ETAPS (des formations socialisantes) du département des Alpes de Haute-Provence.

Sonia Jolly :

Le GRETA 04 est un organisme de formation qui a pour vocation d'apporter une formation à un public jeune ou adulte, la formation ayant pour but l'insertion sociale et professionnelle.

Le GRETA a notamment en charge des formations ETAPS, un dispositif financé par la Région et qui existe soit pour le public adulte, appelé "modalité 2", soit pour les 16/25 ans, "modalité 1". A noter que ce public jeunes représente sur le département 150 jeunes en situation sociale précaire et avec un niveau scolaire très bas, sans qualification ni diplôme.

Le GRETA délivre une formation sur les savoirs généraux, sur la maîtrise des savoirs de base comme les mathématiques, le Français, l'informatique ou la citoyenneté... mais aussi le développement culturel, avec des projets collectifs menés par les stagiaires avec les formateurs, ou encore le développement socio-économique, qui comprend la découverte du milieu de l'entreprise, et le développement d'aptitudes pour faciliter l'insertion sociale et professionnelle de ces jeunes.

Deux organismes dispensent des formations ETAPS dans le département : le GRETA et la Ligue de l'Enseignement.

Marie-Laure Kergadallan :

Le projet qui a été développé pour favoriser l'accès à la médecine préventive des jeunes en formation ETAPS a pour objectifs de permettre aux jeunes :

- d'améliorer le dépistage des problèmes de santé, à la fois en un instant t mais aussi de développer dans le temps une culture de la prévention chez ces jeunes
- de permettre d'accéder à la connaissance des droits et des devoirs de l'assuré social

- d'optimiser leur parcours de formation : certaines ruptures dans les parcours pouvant être liées à des problèmes de santé, il s'agit de lever les freins susceptibles d'entraver le bon suivi de la formation, et de permettre suivi et prise en charge.

Sonia Jolly :

La formation propose également un module santé où l'on fait intervenir des professionnels de santé pour aborder avec les jeunes les thèmes de l'hygiène alimentaire, de l'hygiène corporelle, des comportements à risque...

La mise en œuvre de ce projet doit permettre aux jeunes en ETAPS de disposer d'une connaissance minimale du système de santé (avec les interventions du CoDES, de la CRAM), de bénéficier d'une couverture sociale, de déclarer un médecin traitant, et de réaliser un bilan de santé dans un centre d'examen de santé de la CPAM. L'accompagnement physique du jeune est réalisé par un référent de l'organisme de formation, et le centre d'examen de santé de Gap, dans le département des Hautes-Alpes, accueille et effectue les bilans de santé. Cela nécessite de partir tôt le matin, d'être à jeun, et cela demande des efforts aux jeunes qui ont parfois du mal à respecter des horaires... Le bilan de santé dure toute la journée, avec repas pris sur place.

L'évaluation du dispositif prendra en compte le nombre de jeunes en ETAPS ayant déclaré un médecin traitant, ayant effectué un bilan de santé par rapport à l'effectif prévu, ayant effectué un bilan de santé par rapport au nombre de jeunes inscrits en ETAPS, ainsi que le nombre d'interventions du CoDES et de la CRAM et l'évaluation des connaissances sur le système de santé.

Marie-Laure Kergadallan :

En ce qui concerne les perspectives, nous souhaitons à présent nouer un partenariat avec le centre d'examen de santé de Gap afin de pouvoir recueillir les indicateurs sanitaires liés à ce public et, au regard des indicateurs relevés, de pouvoir développer des actions de prévention spécifiques adaptées aux problématiques de cette population.

Pour le GRETA, il s'agit d'articuler au mieux cette action dans le cadre de la commande publique régionale ETAPS 2009-2011, de favoriser l'apport de connaissances sur le

système de santé et de développer l'accès à la médecine préventive en permettant à plus de jeunes en ETAPS d'accéder à un bilan de santé (60% contre 30% à l'heure actuelle).

En termes de partenariats, ce projet est réalisé avec la Ligue de l'enseignement, le CoDES 04 et l'atelier santé ville, ainsi que le service social de la CRAM, l'AME, qui permet de véhiculer les jeunes en minibus, et les missions locales qui orientent les jeunes en formations ETAPS.

L'action a démarré fin 2008 et est financée par le Groupement régional de santé publique et le CUCS de Manosque. L'an prochain elle sera financée par le GRSP et la Fondation de France.

Questions de la salle

Zeina Mansour, Directrice du CRES PACA

Ces dispositifs mis en place pour accompagner les jeunes vers les centres d'examens de santé ont-ils été évalués ? Restent-ils expérimentaux ou peut-on faire des recommandations ?

Ma deuxième question concerne l'Assurance maladie : dans un département comme les Alpes de Haute-Provence, ne serait-il pas intéressant à moyen et long terme de conventionner avec la médecine libérale de ville vers laquelle adresser ces jeunes au lieu de les envoyer dans un autre département, pour les fidéliser vers le dispositif de soins ?

Emmanuel Guichard

Cela reste totalement expérimental pour les missions locales et j'ai rappelé les difficultés de certaines pour envoyer les jeunes vers les centres d'examens de santé.

Carmelo Franchina

En ce qui concerne l'expérience menée à Salon-de-Provence, les visites médicales étaient initialement financées par la DDASS et un certain nombre de médecins était conventionné. Mais cela n'a pas été probant car il s'agissait d'une simple visite médicale, et les médecins ne nous donnaient aucun retour.

Marie-Laure Kergadallan

La question s'est posée de travailler directement avec les médecins libéraux du département. Deux aspects nous ont conduits à poursuivre avec les centres

d'examens de santé : la technicité des CES et la possibilité de collecter des données pour nous permettre d'orienter ensuite les programmes de prévention. Par ailleurs, le lien avec le médecin traitant existe quand même puisque pour pouvoir accéder à un bilan de santé il faut au préalable que le jeune ait déclaré un médecin traitant et il est invité par le référent qui le suit dans son organisme de formation à consulter ce dernier à l'issue du bilan.

Sonia Jolly

Le bilan de santé réalisé au CES de Gap est plus approfondi qu'une visite médicale : il dure quatre heures et permet un large diagnostic.

Représentant du Grand Conseil de la Mutualité

La prise en charge de la santé des 16/25 ans pose problème car ils sont entre la médecine préventive scolaire et la médecine préventive professionnelle. Aucun dispositif n'est en capacité de prendre en charge ces problématiques de santé.

L'expérience menée avec le GRETA montre à la fois les limites et l'échec de la médecine scolaire puisqu'il est nécessaire à 16 ans de renouveler un certain nombre de messages.

L'accompagnement de ces jeunes dans l'utilisation et la connaissance du système de santé et de son fonctionnement me semble intéressant. Le fait d'arriver à travailler avec la médecine ambulatoire, plutôt que de les orienter vers les CES de l'assurance maladie, me paraît être un meilleur gage pour qu'ils prennent en charge leur santé.

L'expérience de Digne et Manosque montre également l'intérêt des ateliers santé ville, qui ont pour rôle de coordonner sur le terrain les actions des uns et des autres, et qui jouent également un rôle d'intermédiaire, de lien entre les offreurs de services, de soins, les organismes de formation... pour arriver localement à trouver des solutions les plus pertinentes et efficaces possibles.

Pr Thémis Apostolidis

Nous parlons beaucoup aujourd'hui de comportements de santé, de prévention. Mais du point de vue des sciences humaines et sociales, de la psychologie sociale, les comportements de prévention sont des comportements d'anticipation, qui inscrivent l'individu dans un avenir, dans une projection.

De ce point de vue, il me semble que les liens entre insertion et santé se posent un peu différemment. Les travaux sur la précarité indiquent qu'il faut agir non seulement sur des déterminants sanitaires (offre de soins, information...) mais aussi

sur des déterminants non sanitaires, puisque être en bonne santé ou être malade, c'est aussi occuper une place sociale.

Dans cette optique, on peut se demander comment les actions présentées aujourd'hui nous amènent-elles à la combinaison des déterminants. Lorsque l'on parle d'insertion sociale et de santé, le problème n'est pas l'information ou l'offre de soins, mais la façon dont les acteurs et les publics s'approprient cette offre sanitaire. Et c'est à ce niveau-là qu'il faut examiner les liens entre insertion sociale et santé.

Par ailleurs, il me semble important de connaître les effets du maillage, du partenariat, et de savoir comment les contacts entre professionnels de différentes structures finissent par modifier les représentations et les pratiques professionnelles.

Les expériences de maillage permettent de réfléchir sur les pratiques et les identités professionnelles puisque la formation des professionnels qui interviennent constitue l'un des enjeux aujourd'hui.

Quatrième table-ronde

La question de la santé en milieux apprentis et étudiants : l'importance de la prévention

“La prévention des addictions auprès des Centres de Formation des Apprentis et risques au travail”, Candice Mordo, éducatrice, service Cathala, AMPTA, Marseille

Le service Cathala est le service de prévention des addictions auprès des jeunes de l'Association méditerranéenne de prévention et traitement des addictions (AMPTA), qui met en œuvre ce projet auprès des centres de formation des apprentis (CFA).

Il s'agit d'un projet soutenu par la Région, qui a pour objets de sensibiliser et de mobiliser les équipes éducatives de deux CFA, de proposer des interventions auprès des apprentis, de rassembler les données disponibles sur cette problématique des risques au travail, et de modéliser un programme d'intervention type pour les CFA.

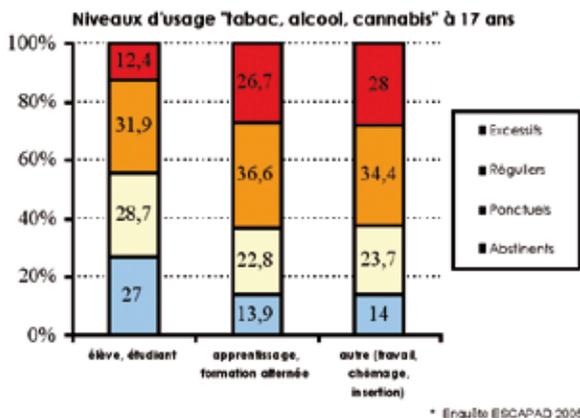
Les jeunes apprentis

Les apprentis sont des jeunes comme les autres. Ils sortent de l'adolescence et ont entre 16 et 25 ans. Lors de nos interventions nous abordons les usages de drogues, les différentes fonctions que peut avoir la consommation (de l'ordre de la socialisation, de l'expérimentation, de la prise de risque, de la recherche de plaisir, de fête, de transgression de la loi...).

Cette tranche d'âge est également concernée par la question de l'accès à la majorité, qui constitue à la fois un changement de statut dans la société, avec des droits et des devoirs qui se modifient, et une autonomie nouvelle. L'accès à la majorité représente un bouleversement pour certains, qui peut entraîner son lot d'inquiétudes.

Les apprentis sont des jeunes comme les autres... ou presque. Des données révèlent des différences importantes de consommation et d'usage de drogues chez les apprentis, par rapport aux jeunes de l'enseignement général, notamment les données d'une exploitation régionale de l'enquête Escapade 2005 auprès des jeunes de 17 ans, réalisée avec une méthodologie du CIRDD de la région Rhône-Alpes.

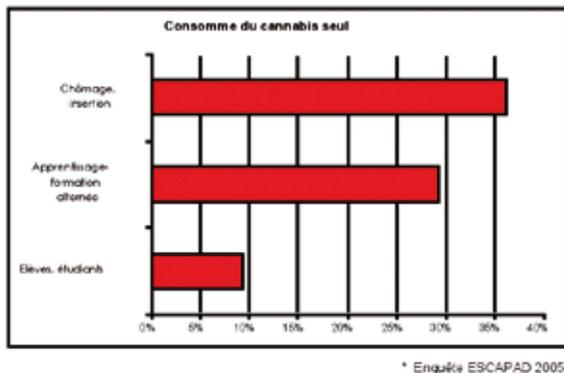
Des consommations de drogues qui se différencient entre le milieu de l'enseignement général et l'apprentissage* :



Apparaît très clairement dans cette diapositive la différence des niveaux d'usage, avec des usages réguliers plus importants chez les apprentis et des usages excessifs beaucoup plus importants, plus du double, par rapport aux jeunes de l'enseignement général. On trouve également beaucoup moins d'abstinents chez les apprentis.

Si on s'intéresse plus particulièrement à l'usage de cannabis consommé lorsque l'on est seul, c'est-à-dire une consommation qui a largement dépassé l'usage festif, occasionnel ou expérimental de départ, les chiffres parlent d'eux même : il est beaucoup plus important chez les apprentis

Des usages solitaires de cannabis plus fréquents chez les jeunes hors parcours d'enseignement général* :



Par ailleurs, la filière de l'apprentissage souffre d'une image négative, une image de voie de garage pour des jeunes en échec scolaire. Ces a priori touchent à la fois les jeunes, les formateurs et les employeurs, avec parfois un regard stigmatisant porté sur ces jeunes.

La particularité des apprentis, c'est qu'ils sont à la fois élèves et salariés.

En tant que salariés, ils se trouvent dans le monde inconnu de l'entreprise, un milieu du travail beaucoup moins rassurant pour eux, pour un métier pas toujours choisi, sans leurs pairs.

Dans le cadre de leur contrat de travail, ils ont de nouvelles responsabilités, avec des droits et des devoirs qu'ils connaissent peu (et notamment les conséquences éventuelles de l'usage de drogues dans le milieu du travail).

Ils ont également de nouvelles libertés. Ils perçoivent un salaire, un budget, et leur place dans le milieu familial ou auprès de l'entourage change.

Les jeunes apprentis et leur entourage constituent le public cible de notre action de prévention des addictions, mais nous nous intéressons également aux équipes éducatives.

Les équipes éducatives des CFA

Elles remplissent tout d'abord une mission éducative classique, avec, comme dans tout établissement d'éducation, la question de l'éducation pour la santé, dans laquelle va être inscrite la prévention des addictions.

Elles remplissent également une mission d'accompagnement à l'insertion professionnelle, avec notamment un cours intitulé "vie sociale et professionnelle" dans lequel sont abordées les questions de droit du travail et les questions de santé et de risques professionnels.

Le thème des risques professionnels spécifiques pourra être abordé lors des formations à contenus techniques. Par exemple, lorsque les jeunes apprennent à utiliser certaines machines lourdes et dangereuses, la question du danger que représente être dans un état second pourra être évoquée par les formateurs.

Les équipes éducatives des CFA qui se trouvent confrontées à des problèmes d'usages de drogues chez les jeunes apprentis sont en difficultés d'un point de vue institutionnel et face aux jeunes. Elles ne savent pas comment réagir entre la répression et le dialogue.

Par ailleurs, aucun programme de prévention des usages de drogues n'a pour le moment été adapté en CFA. Alors que, dans l'enseignement général, le Plan

gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies a élaboré un guide à l'intention des professionnels de la prévention et des personnels des établissements, pour aider à mettre en oeuvre des programmes de prévention des addictions.

Les entreprises

Les entreprises constituent enfin une troisième catégorie d'acteurs de prévention, et plus particulièrement les maîtres d'apprentissage, qui font le lien avec le CFA.

Le maître d'apprentissage a pour rôle d'accompagner le jeune salarié dans son adaptation dans l'entreprise, de l'initier à son nouveau métier.

Il a une responsabilité dans le repérage de difficultés éventuelles, notamment de consommation de drogues. Tout comme les équipes éducatives des CFA, les employeurs peuvent être confrontés à des usages de drogues sur le lieu du travail et se trouver démunis, ne sachant comment réagir face à ce constat.

Pourquoi aborder la question « usages de drogues et travail », alors que le travail a un effet protecteur par rapport à la consommation de drogues ?

Des études montrent que les chômeurs recourent plus à l'usage de psychotropes que la population active : 1,9 fois plus de consommation à risque alcool, 2,1 fois plus de cannabis, 1,8 fois plus de tabagisme régulier.

Un travail stable a également des conséquences plus favorables pour la santé que le travail précaire : les travailleurs avec un statut précaire sont 14% à consommer du cannabis contre 5,8% de ceux en CDI (Baromètre santé 2005, INPES).

Or il se trouve que le travail peut également être facteur de risques.

Selon le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et toxicomanies, plusieurs études se recoupent et indiquent que de 15 à 20% des accidents professionnels, d'absentéisme et de conflits interpersonnels au travail seraient liés à l'usage d'alcool, de psychotropes ou de stupéfiants.

Se pose en premier lieu la question des conditions de travail. Dans son *Traité d'addictologie*, Michel Reynaud (2006) appelle cela les pathologies d'adaptation. Pour aider à tenir au travail et supporter des conditions difficiles comme le travail de nuit, les contraintes de production, les journées de plus de 10 heures... des salariés vont avoir recours à des conduites dopantes.

A distinguer des pathologies d'acquisition, qui aident dans le milieu du travail à s'intégrer à la convivialité et à la culture professionnelle (70% des pots en entreprises proposent de l'alcool, sondage IFOP).

Enfin, se pose la question des consommations personnelles, festives ou destinées à gérer des soucis personnels, qui peuvent à un moment donné avoir une incidence sur le travail, et que Michel Reynaud appelle les pathologies d'importation.

Les freins à la prévention en milieu professionnel

Divers freins ont été repérés à la prévention en milieu professionnel, comme le déni, ou le non-dit. On pense ne pas être concerné par un problème de consommation, on n'en parle pas, qu'il s'agisse de soi ou de son collègue. Rien n'est fait en amont et cela peut aboutir à des situations d'exclusion.

La taille de l'entreprise représente également un élément discriminant. L'employeur a la responsabilité civile et pénale de sécurité de ses salariés, et les employés ont l'obligation de respecter ces conditions de sécurité. Mais comment mettre en place des politiques de prévention ? Les entreprises de plus de 50 salariés possèdent des Comités d'hygiène et de sécurité des conditions de travail (CHSCT) sur lesquels s'appuyer, mais cela n'existe pas dans les petites entreprises.

Et puis en ce qui concerne les représentations sociales, l'alcool n'est pas considéré comme une drogue, et le cannabis banalisé apparaît comme moins dangereux que l'alcool. Sans oublier que pour beaucoup ces questions de liberté de consommer relèvent du domaine privé.

Les objectifs de l'action

Les objectifs d'une action de prévention en CFA telle que mise en œuvre à l'AMPTA sont les suivants :

1/ En direction des apprentis, il s'agit de prévenir les conséquences d'un usage de drogues sur la vie privée comme sur la vie professionnelle (prévention sélective, sur un groupe ciblé, repéré à risques), de réduire les risques professionnels et de valoriser les alternatives aux consommations proposées par les apprentis abstinents ou consommateurs occasionnels.

2/ En direction de l'équipe éducative, il s'agit d'amener les équipes à organiser un programme de prévention collectif au long cours (quelle position institutionnelle, quelles valeurs, quelle stratégie ?) et de permettre aux équipes de gérer les situations individuelles qui posent problème (comment mettre en place du dialogue, quelle réponse de l'institution, quelle aide proposée ?).

3/ En direction des maîtres d'apprentissage et des entreprises, il s'agit de définir comment travailler au mieux avec eux, comment repérer les espaces d'échanges

possibles entre le CFA et le milieu de l'entreprise, puis de sensibiliser à la problématique de l'usage de drogues des jeunes salariés dans le milieu professionnel pour qu'ils puissent repérer et réagir plus tôt.

Valeurs communes et méthodologie

Je tenais à rappeler que la prévention des addictions est une démarche humaniste et citoyenne, qui repose sur la qualité de la relation entre l'acteur de prévention et son interlocuteur, sur le dialogue, l'écoute et le respect de l'autre.

La prévention des addictions s'appuie sur des connaissances validées scientifiquement et rejette tout discours moralisateur, toutes images chocs pour chercher à faire peur...

En ce qui concerne la méthodologie de projet, la première étape consiste à mobiliser et à former l'équipe éducative. Le chef d'établissement doit être volontaire et l'équipe demandeuse.

Puis il s'agit de concevoir ensemble un projet de prévention spécifique, permettant d'associer les jeunes, d'agir sur différents déterminants de santé (représentations sociales par rapport à l'usage de drogues, compétences psychosociales, influence de l'environnement, niveau de connaissances) et d'impliquer les maîtres d'apprentissage. Puis vient l'étape de l'accompagnement des membres de l'équipe éducative dans la mise en oeuvre du programme.

Dans le contenu, la question plus spécifique des risques professionnels par rapport aux usages de drogues sera abordée, avec des sujets comme :

- la santé et son incidence sur le travail
- la sécurité et les accidents du travail : les facteurs de risques spécifiques à certains secteurs
- les aspects juridiques
- les difficultés relationnelles.

Ce programme de prévention des addictions et risques au travail auprès des CFA est en cours de réalisation. Notre objectif est de le modéliser et d'en proposer une diffusion régionale.

Questions de la salle

Cécile Reveille-Dongradi, Observatoire régional des métiers

Votre démarche touche-t-elle le public tous niveaux de formation confondus ou l'avez-vous axée plus précisément sur certains niveaux ?

Candice Mordo

Nous ciblons plutôt les secteurs les plus à risques, comme les CFA de transport routier ou d'hôtellerie-restauration.

Un intervenant

Puisqu'il s'agit de salariés, votre action se fait-elle en partenariat avec la médecine du travail ?

Candide Mordo

Nous n'intervenons pas directement dans l'entreprise où effectivement la médecine du travail est présente. Notre porte d'entrée est le CFA.

Jean-Jacques Santucci, Directeur de l'AMPTA

Cette action n'est pas ciblée spécifiquement sur la médecine du travail, mais d'autres initiatives menées dans le cadre du Plan départemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies le sont, notamment par le CIRDD PACA, qui a mené avec le CIRDD Rhône-Alpes une action sur la façon dont la médecine du travail peut se saisir du problème des addictions en milieu professionnel. Un certain nombre de travaux sont en cours et donneront lieu à une rencontre fin 2009.

Jacques Broda, professeur de Sociologie, Université de la Méditerranée

Le constat est accablant. La question de la toxicomanie n'est peut être pas seulement liée à l'insertion, puisque ces jeunes en CFA sont en situation de travailler. Peut-être y a-t'il un malaise dans la civilisation qui devrait être abordé de manière beaucoup plus conséquente, et pas simplement sur les registres de l'insertion et du manque de travail. Il me semble que ces apprentis feraient mieux de se syndiquer au lieu de se droguer !

Une directrice de CFA à Avignon

Ce que je viens d'entendre me laisse perplexe. Faire de ces vieux clichés la réalité de tous les jours me paraît difficile. Je dirige un CFA d'hôtellerie-restauration situé à côté d'une formation généraliste qui va de la classe de seconde à la licence. Je peux comparer le fonctionnement des jeunes. S'il est vrai qu'il y a usage de cannabis, entre autres, cela ne se passe pas davantage chez les apprentis, du moins sur Avignon. Je ne vois pas comment un apprenti, avec les responsabilités qu'il a sur les épaules, va pouvoir mener de front sa consommation, suivre ses cours et travailler en entreprise. Je crois qu'il ne faut pas stigmatiser toute une population (1000 élèves sur un site). Mes apprentis ne sont pas des drogués !

Charles Voglimacci, Président de la MAE d'Avignon et de MAE solidarité

Nous avons mené l'an dernier trois opérations de prévention des addictions en CFA à Avignon et une en LEP. Un grand nombre d'apprentis questionnés ont avoué fumer du cannabis et boire. C'était très concluant.

Karine Ancelin, chargée de mission au Conseil régional

La politique menée en direction des apprentis ne vise pas du tout à les stigmatiser. Dans le cadre d'une politique de prévention en direction des jeunes, la Région souhaite adapter au mieux les pratiques à la situation des apprentis. Ces jeunes étant en situation d'apprentissage au travail, la politique de prévention doit être adaptée aux risques qu'ils encourent dans le cadre de leurs pratiques professionnelles. En aucun cas on n'a voulu dire que les apprentis se droguaient plus que les autres.

Un adjoint de direction, CFA du BTP à Avignon

Le statut de salarié pose question. L'apprenti doit comprendre qu'il existe différents lieux de formation et de vie. Ce n'est pas évident pour un jeune de 16 ans de changer de statut, de passer du milieu de l'entreprise à celui du CFA. La situation de l'alternance est difficile à vivre.

“L'œuf du serpent”

**Jacques Broda, Professeur de Sociologie, Université de la Méditerranée,
IUT d'Aix-en-Provence**

Je vous remercie de l'invitation à partager avec vous mes réflexions autour de la santé des jeunes.

Depuis vingt ans, je conduis des enquêtes en profondeur auprès des jeunes des cités populaires de la région et avec des étudiants de l'Institut universitaire de technologie (IUT) d'Aix-en-Provence.

Ces études qualitatives approfondies se réalisent à partir de l'écriture de récits de vie, de textes qui me sont adressés, repris, analysés, co-élaborés avec les jeunes.

A l'IUT d'Aix-en-Provence, j'ai reçu, lu et annoté plus de huit cents récits de vie.

Les étudiants sont invités à écrire librement sur leur vie. La liberté d'expression et la confidentialité sont au cœur de la démarche. Je reçois chaque étudiant individuellement, au moins une fois par an, je l'aide à écrire, à construire son récit. Il est libre de son style, de ses choix, de ses orientations.

Plusieurs thèmes sont proposés : les parents, les ancêtres, le travail, la toxicomanie, la sexualité, l'engagement social ou politique.

L'article publié récemment dans la revue Santé Publique fait le bilan de ces dix années de recherches-actions (*Santé, identités et précarités étudiantes*, in : *Santé publique*, 2008, vol.20 n°6, pp.605-610).

Je ne vais pas reprendre les conclusions de ce texte ; je préfère ici développer devant vous quelques hypothèses concernant la souffrance psychique propre aux étudiants et, d'une manière plus générale, aborder la question de l'identité comme une composante de la santé.

J'entends par identité le rapport que l'individu, la personne, le sujet, entretient avec le monde et avec lui-même. J'ai de l'identité une conception résolument dynamique, voire éthique ou politique. De ce point de vue, l'identité est la façon avec laquelle le “je”, le sujet, conjugue son être avec d'autres, autour d'un projet, d'un désir.

Identité sociale et identité personnelle s'ajustent réciproquement ; il n'y a pas de “je” sans “nous”, ni de “nous” sans “je”.

Est sujet celui qui produit du sujet, dit Henri Meschonnic.

Cette construction, ce rapport actif à soi-même, aux autres, au monde, est un axe de l'identité de santé.

La souffrance psychique propre aux jeunes prend aujourd'hui une forme massive, explicite et visible; quand nous parlons de suicides, dépressions, toxicomanies, nous déclinons les travaux de Marie Choquet et de Xavier Pommereau.

Cette souffrance, ce malaise, ce mal-être sont plus sournois, moins visibles, dans toutes les formes d'expansion groupales, de socialisation informelle, sans but d'émancipation, toutes les formes festives qui luttent en fait contre la dépression par l'excès, qu'il soit faussement convivial ou de prise de produits. Une "*communauté sans amour*" pour reprendre l'expression de l'écrivain Jean Cayrol.

Ces comportements addictifs, anoniques, désubjectivent dans la socialisation. Il y a socialisation sans socialité, il y a individualisme sans individualité.

À partir de là, nous disons : un jeune sur deux est en difficulté, il le manifeste dans des formes anoniques sur lesquelles tout le monde, ou presque, ferme les yeux, se refusant à lire le mal-être personnel et social que recouvrent les comportements addictifs, festifs, ou groupaux dévoyés.

Nous affirmons : il s'agit-là de la face immergée d'un iceberg beaucoup plus profond. L'absence de manifestations, de symptômes plus ou moins repérés, plus ou moins visibles, ne signifie pas que le jeune va bien, ou tout au moins qu'il va son chemin d'adulte naissant.

Car de fait, être jeune, c'est être un adulte en formation, celui qui s'inscrit dans la transmission des générations, de l'Histoire à faire.

Il est des formes beaucoup plus perverses, souterraines, invisibles dans le visible. Elles ne sont pas repérables car elles se manifestent sans aucune vague, aucun trouble apparent, aucune expression non plus d'une vitalité ; un état dépressif qui ne se dit pas pour ce qu'il est, masqué par l'apparente normalité. Cette forme de dépression anonique, lascive, enferme les jeunes dans l'inactivité, la passivité, la démission des responsabilités sociales, autres que celles des études et du minimum nécessaire.

Les garçons semblent être beaucoup plus concernés par cette forme de démission quant au désir "*à être autrement qu'être*", pour reprendre l'expression du philosophe Emmanuel Lévinas.

Pour le coup, les générations ne sont pas au rendez-vous de l'Histoire. Elles s'enferment dans une consommation imaginaire étonnante et débilatante.

Pier Paolo Pasolini a dénoncé cette "*révolution anthropologique*" qui renverse

l'ordre des valeurs et des générations. Pour Pasolini, comme pour moi, le corps est au centre de cette scission anthropologique, scission majeure qui met le sexe au lieu de l'amour, le produit au lieu du désir, l'avoir au lieu de l'être.

Il y a ici une véritable chute en termes de valeurs : la justice, l'égalité, la fraternité, la solidarité, la responsabilité assumée, sont rarement aux rendez-vous de la jeunesse, au-delà des lieux restreints de la famille et de l'amitié.

Nous ne pouvons généraliser, certes. Ici je force le trait volontairement.

Il y a des jeunes qui "vont bien", responsables très tôt et très vite des familles, ils assurent, ils travaillent, ils étudient, prennent des responsabilités avec un courage et une ténacité tout à fait étonnants.

Souvent, ces jeunes pallient les manques familiaux et sociaux, ils enquillent leur identité dans la famille et le travail, valeurs clés de leur être au monde.

Cette dualité, précisément, les fragilise. Il manque un tiers, une tierce symbolique : si le travail vient à manquer et la famille à "criser", le jeune peut alors décompenser et tomber dans une forme dépressive plus avérée, sans repères, ni ancrage affectif.

Le "*tiers symbolique du social*" n'est plus à même d'étayer les crises individuelles et collectives. Le "*tiers symbolique du social*", c'est l'action, l'engagement, les valeurs portées, créées, actualisées, l'identité qui se joue ailleurs que dans le travail et la famille, l'identité qui se joue dans l'Histoire. Appelons "*culture*" pour reprendre le terme de Freud, c'est-à-dire le lieu où le sujet élabore ses pulsions, ses désirs, autour d'œuvres créées et/ou appropriées.

Dans une autre recherche j'ai montré comment la création est la voie royale à l'émancipation du jeune ; la création offre un temps et un lieu où le jeune sujet peut exprimer, voire imprimer dans les formes de la sublimation son individualité, et de fait se lier aux formes élevées de "*l'esprit*", pour parler comme Sigmund Freud et Karl Jaspers.

"*Le créer c'est la santé*", c'est en tout cas une des voies majeures à l'élaboration singulière de sa souffrance et/ou de son désir.

Avant de conclure je voudrais parler de la sexualité adolescente, dans sa complexité et dans sa relation à la toxicomanie.

Il s'agit d'une recherche en cours avec six jeunes étudiantes de l'IUT d'Aix-en-Provence. Elles ont entre 18 et 20 ans et témoignent dans un mémoire de première année de leurs expériences sexuelles précoces, des prises de produits, des deux mélangées.

Cette enquête, “*Sexualités adolescentes et toxicomanies*”, je l’ai proposée à partir des récits de vie tels qu’ils me sont adressés.

Dans ces histoires adolescentes, nous lisons des prises de produits de plus en plus fréquentes chez des jeunes filles de plus en plus jeunes, aux sexualités de plus en plus précoces.

Ce qui semblait réservé aux garçons (drogue et alcoolisme) se ramifie aujourd’hui chez les jeunes filles, à tous les niveaux, et à tous les degrés.

Le mélange “sexualité adolescente” et “prises de produits” peut avoir des conséquences redoutables en termes de santé, de prévention, de prises de risques, de renforcement de la dépression par une sexualité addictive ou, à l’inverse, par une déssexualisation avérée du fait de la dépendance toxicomane.

La sexualité désaffectée devient une consommation, une sorte de rencontre démultipliée qui échoue le plus souvent quant à l’épanouissement du sentiment amoureux.

La désintringement de la sexualité et de l’affectivité est selon moi au cœur de la scission anthropologique.

Qu’est-ce à dire ? Une précocité dans la première relation sexuelle, 14-15 ans, une immaturité quant aux sentiments et à leur ambivalence, une volonté de s’affirmer au-delà du désir du père ou de la mère, de vivre une expérience aux yeux du regard des autres, une sorte de liberté qui banalise l’acte, qui de ce fait, n’est plus un acte, mais un *passage à l’acte*, un geste dont on ne mesure pas toujours les conséquences.

L’appropriation du corps, la connaissance du corps, les mots du corps, sont ici de véritables enjeux identitaires, qu’il s’agisse des garçons ou des filles.

La capacité à verbaliser, énoncer son désir, son souhait, à parler d’amour, est souvent prise dans une tourmente où le partenaire est objectivé et le désir subjectivé.

“Femme-objet”, “homme-objet”, le partenaire est objectivé, comme dans le rapport fétiche. Le fétichisme de la marchandise, si cher à Marx, contamine les relations affectives jusqu’à l’intime de la sexualité.

C’est un fétiche sans âme. L’autre est instrumentalisé quant à son plaisir, son désir. C’est un autre qui n’a pas d’Autre.

L’une d’entre elles affirme : “*Je considère les hommes comme des choses*”. Dans cette quête éperdue, la drogue est un adjuvant, un moyen, une sorte de passeport vers

la fuite de l'angoisse. Les choses s'accumulent, voire se sur-accumulent, dans une quête où le sens déchoit, si rien ne vient l'interrompre.

Ce peut-être l'Amour, un autre Amour en qui se réalise la jonction des sentiments et des désirs. Ce peut-être un autre médical, thérapeutique, lorsque parfois on va trop loin, comme dans la scarification.

Je voudrais terminer mon exposé par cette forme extrême de l'angoisse, qui est *l'automutilation*.

Quand l'angoisse est trop forte, trop vive, trop envahissante, seule la lame, et la lame seule, ou plus précisément le froid de la lame sur la peau, apaise le sujet.

Cet extrême, cette souffrance quasi-indicible, inélaborable, pointe dans notre propos un rapport au corps énigmatique, à la peau, à l'angoisse, à l'acier, dans un même geste où la médiation symbolique est anéantie.

Ce qui prend place, comme lieu tiers de la symbolisation, c'est un objet de mort, ou tout ou moins de coupure. *Une arme blanche*.

Symboliser, c'est couper, séparer, d'après l'étymologie du mot "*symbolon*".

Symboliser est un travail de la pensée et du langage, une coupure entre le réel et la réalité, entre le signifié et le signifiant, entre l'affect et la représentation.

Ici on ne pense pas, on ne pense plus, on court vers la lame et sa glace. Seule la glace de l'acier apaise l'angoisse du réel, le réel de l'angoisse.

On entend ici l'impossible de la verbalisation, de l'action, de l'agir, de la transformation. Dans un véritable corps à corps, le sujet se débat avec la souffrance et la mort.

Ici, le social se dissout dans un conglomérat informe, *sans feu ni lieu*, sans histoire, ni visée, ni but, ni *être autrement qu'être* que pour la mort. Le social ne contient rien, ne signifie plus rien. Tout effort de symbolisation, tentatives de création sont étouffées dans l'œuf.

L'œuf du serpent est transparent, on y voit le serpent à naître. Ici la *scission anthropologique* nous donne à voir, émerger, une autre forme d'humanité aux contours très inquiétants.

J'ai tenté pour vous de décrire une matrice du devenir.

J'invite à la prudence quant à généraliser mon propos, mais j'invite aussi à la vigilance quant à banaliser les formes de souffrances psychiques des jeunes.

Il y a des jeunes qui *vont bien*, quelles que soient les couches sociales et les origines ethniques. Le plus souvent ils ont une identité assurée, affirmée, un système de valeurs qui leur permet d'appréhender la vie et ses épreuves, de créer la vie en dehors des chemins de l'aliénation et de la soumission.

A défaut d'avoir une politique, ils ont une éthique où ils considèrent l'autre comme autrui, fussent eux-mêmes.

Renforcer, valoriser, promouvoir ces formes de socialités, d'individualités, prévenir et guérir la souffrance des jeunes, sont non seulement des enjeux de santé publique, ce sont des enjeux de civilisation.

Questions de la salle

Un intervenant

Votre intervention invite à repenser toute la société. Vous parlez de la crise des valeurs. En tant que praticien de terrain, que peut-on faire face à ça ?

Une intervenante

Cette intervention renvoie un regard dur sur la jeunesse. Je trouve que vous avez beaucoup de jugements de valeur. Selon les études épidémiologiques qui existent, par exemple sur la consommation de produits psychoactifs, la situation n'est pas si catastrophique. Les usages réguliers ont tendance à baisser sur un grand nombre de produits.

Jacques Broda

On peut être dans le déni et le désaveu. Je me heurte depuis 20 ans à l'Université au même obstacle : je noircis le tableau, cela ne va pas si mal que ça... Je milite depuis 15 ans pour que l'on mette en place avec la médecine préventive des points d'écoute et d'accueil pour les étudiants en difficulté. On me répond que les professeurs ne sont pas des assistantes sociales, des éducateurs... Je pense qu'il s'agit d'une question de citoyenneté et que pour protéger les jeunes nous devons avoir des jugements de valeur.

Lionel Dany, Maître de conférences en psychologie à l'Université de Provence

Ce qui peut être gênant à l'écoute de votre propos, c'est que vous posez une grille de lecture très normative sur ces comportements. Parce que cette Histoire dans laquelle vous souhaitez voir les jeunes s'inscrire, ils ont le droit de la réinventer.

Peut-être ont-ils aussi une nouvelle Histoire à nous proposer !

Par ailleurs, sur la question du désir, pourquoi n'y aurait-il pas de désir avec les substances, pourquoi faudrait-il que le sentiment soit associé à l'acte sexuel à ce point ? Ce sont des interrogations qui méritent d'être questionnées.

Thémis Apostolidis

L'intervention de Jacques Broda interroge les catégories à partir desquelles nous raisonnons. Dans le débat sur l'usage du cannabis, il n'y a aucun consensus. Cela peut être considéré comme problématique, comme pathologique, ou au contraire manifester une posture compulsive de sociabilité, d'invention de nouveaux modes "d'être ensemble". Les chercheurs et les penseurs du social qui raisonnent autour de ces questions ne sont pas tous d'accord et pour moi c'est tout à fait sain.

“Alimentation équilibrée et budget chez les étudiants”,

Brigitte Pavaut, diététicienne, CROUS Aix-Marseille

En tant que diététicienne du CROUS d'Aix-Marseille-Avignon, je côtoie les étudiants dans les restaurants universitaires. Le CROUS leur sert 2.200.000 repas par an, et sa mission sociale et de santé publique consiste à leur offrir des repas équilibrés à un prix réduit.

Depuis 2004, le CROUS a mis en place un projet intitulé « alimentation et santé », qui se traduit notamment par une enquête tous les deux ans (en 2008, la troisième enquête a été menée avec Nicole Darmon et Florent Vieux de l'INSERM).

L'objectif de ces enquêtes est de mieux connaître les habitudes alimentaires des étudiants qui fréquentent nos restaurants universitaires (RU), par rapport aux recommandations du Programme national nutrition santé (PNNS), afin de mettre en oeuvre des actions pour répondre à leur demande.

En 2008, nous avons questionné sur les critères du PNNS 4500 étudiants du restaurant universitaire de 12 CROUS. Je précise que les étudiants remplissent ces questionnaires durant le repas et nous les rendent à la sortie.

Les résultats 2008 ont été les suivants :

- 3287 étudiants ont répondu au questionnaire
- 53% d'hommes, 47% de femmes
- 90% ont entre 17 et 25 ans
- 17% vivent en cité universitaire, 33% chez leurs parents et 50% vivent ailleurs
- 22% sont en bac + 1
- 14% en bac + 2
- 21,5% en bac + 3
- 18,5% en bac + 4
- 24% ont plus de 4 ans d'études après le bac.

Nous avons pu comparer au cours des trois enquêtes réalisées en 2004, 2006 et 2008 le niveau de fidélité et de satisfaction par rapport au Resto'U. Sachant que tout au long de ces années, nous avons mené des actions de promotion de l'équilibre

alimentaire auprès des étudiants et de sensibilisation auprès du personnel de cuisine.

Les étudiants ont respectivement été 58%, 54% et 64% à manger au RU au moins trois fois par semaine.

Ils ont été 70%, 73% et 75,5% à penser que les RU les aident à manger équilibré.

A 55%, 67% et 63% ils mangent au RU avec plaisir.

Des évolutions significatives des habitudes alimentaires, par rapport aux critères du PNNS, ont pu être repérées.

Ils sont de plus en plus nombreux à consommer au moins deux fruits et légumes crus par jour (57%, 62%, 65%), et plus nombreux également à consommer au moins trois fruits et légumes cuits par jour (28%, 32%, 30%).

En revanche, nous avons également constaté qu'ils sont plus nombreux à consommer au moins 2 produits gras et salés par semaine (kebabs, sandwichs frites...) : 30%, 35%, 37%. Le gras et sucré est en stabilisation.

Autres résultats 2008 :

- 63% des étudiants mangent au moins un féculent par repas
- 31% 3 produits laitiers par jour
- 75% une à deux fois des viandes/oeufs/poissons
- 53% : 1 à 2 cuillères à soupe d'huile végétale
- 44% seulement consomment plus de 60 cl d'eau par jour
- 50% mangent au moins un produit gras et sucré par jour
- 37% mangent au moins deux fois des produits gras et salés par semaine
- 66% font au moins ½ heure d'activité physique par jour.

L'INSERM, qui s'est investi dans l'enquête 2008, a construit un « score PNNS » et a attribué des points à chacun des éléments, de la façon suivante :

- 1 point = fruit et légume cru : au moins 2 (ce qui signifie que si l'étudiant mange au moins 2 fruits et légumes crus il a un point)
- 1 point = fruit et légumes cuits : au moins 3
- 1 point = 3 produits laitiers (pas de point s'il en mange moins ou plus, puisqu'il ne faut pas en manger ni pas assez ni trop)
- 1 point = au moins 1 féculent par repas
- 1 point = 1 à 2 fois par jour viande/œuf/poisson
- 1 point = moins d'une fois par jour des graisses animales et moins d'une cuillère à soupe ou 1 à 2 par jour de graisses végétales

- 1 point = moins de une fois par jour des produits gras et sucrés
- 1 point = moins de deux fois par semaine des produits gras et salés
- 1 point = plus de 6 verres de 10 cl d'eau par jour
- 1 point = au moins ½ heure de sport par jour

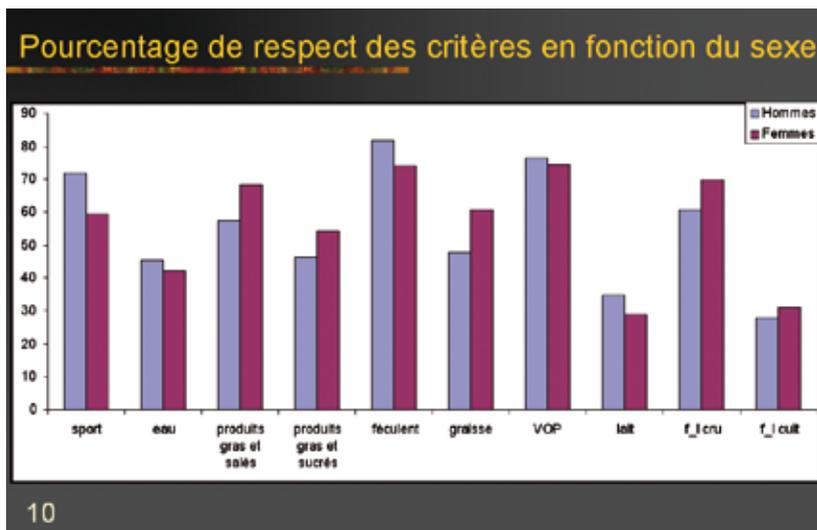
Ces 10 critères donnent un score PNNS de 10, avec une moyenne égale à 5.

26% des étudiants (soit 815 personnes), ont obtenu un score inférieur à 5.

74% des étudiants (soit 2309) un score supérieur à 5, ce qui représente un bon score PNNS.

Le tableau ci-dessous représente les différences entre les hommes et les femmes.

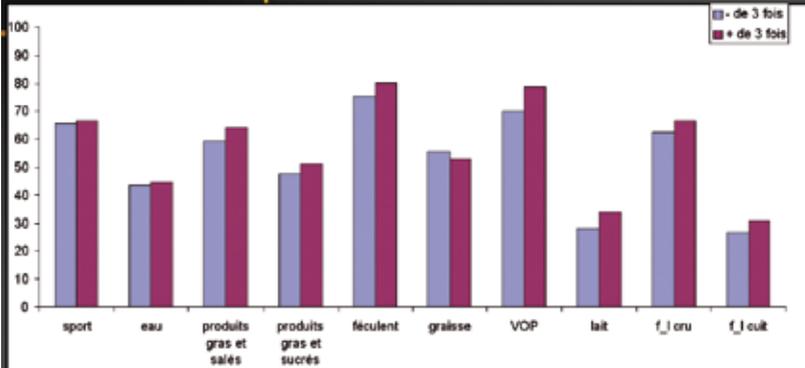
Les femmes respectent mieux les critères de fruits et de légumes, ainsi que ceux des matières grasses, des produits gras et sucrés ou salés. Les garçons respectent mieux les critères autour du sport, de l'eau, des féculents, des viandes/œufs/poissons et des laitages.



Nous avons ensuite examiné le critère de la fréquence de visite au restaurant universitaire, en nous intéressant aux étudiants qui y mangent au moins trois fois par semaine. Selon cette fréquence de visite au RU, les résultats obtenus sont différents.

Ceux qui déjeunent plus de trois fois par semaine obtiennent un meilleur score, sur tous les critères (sauf les graisses).

Pourcentage de respect des critères en fonction de la fréquence de visite au Resto'U



13

Relation budget alimentaire / respect du PNNS (enquête 2008) :

Nous nous sommes également intéressés dans l'enquête 2008 à la relation entre le budget alimentaire dont disposaient les étudiants et le respect des critères du PNNS.

Trois groupes ont été distingués :

- 26% des étudiants fréquentant le RU au moment de l'enquête n'avaient que 100 euros par mois pour se nourrir
- 53% avaient entre 100 et 200 euros
- 17% plus de 200 euros.

Respectivement, 54% des premiers vont au RU au moins trois fois par semaine, 68% des seconds et 71% des troisièmes.

Ceux qui ont moins de 100 euros par mois obtiennent un score PNNS de 5,49, ceux qui ont plus de 100 euros un score de 5,64.

- Pour le respect du critère PNNS des 5 fruits et légumes par jour, les résultats suivants ont été enregistrés : 29% du premier groupe le respecte, 31% du groupe 2, 36% du groupe 3
- Critère "produits laitiers" : 28%, 31% 34%

- Critère "viandes/oeufs/poissons" : 71%, 76%, 75%

Sur les produits gras et sucrés et gras et salés on constate le contraire : plus on a d'argent, moins on respecte les critères PNNS :

- Critère "produits gras et sucrés" : 52%, 50%, 45%

- Critère "produits gras et salés" : 63%, 63%, 56%

Le coût des repas au CROUS en 2007/2008 s'élevait à 2,80 euros. Pour ce prix les étudiants ont droit à un plat principal (viandes/oeufs/poissons + légumes + féculents), ainsi qu'à deux articles et à du pain. Ce qui représente un budget de 56 euros par mois s'ils fréquentent le RU tous les midis de la semaine.

Il est évident que les 26% d'étudiants qui ont moins de 100 euros par mois ont des difficultés pour manger équilibré régulièrement.

L'INSERM a également réalisé en 2008 une analyse multivariée expliquant le score PNNS.

Elle a révélé que malgré tout, quels que soient le budget, l'âge, le sexe ou l'équipement (disposer d'un four, d'un frigidaire, de plaques chauffantes...), le seul fait de manger au moins trois fois par semaine au RU, par rapport à y manger moins de trois fois, permettait d'avoir 1,5% de chance de plus d'être dans la bonne moyenne des critères du PNNS.

Analyse multivariée expliquant le score PNNS

Effect		Point estimata	% 95Wald confidence limits	
Midi au RU	Au - 3 fois vs - de 3 fois	*1.531	1.273	1.841
budget	200-100vs - de 100	*1.243	1.023	1.510
	+ de 200 vs - de 100	1.082	0.838	1.398
Age	+ de 25 vs 17-25	0.920	0.696	1.216
sexe	Femme vs homme	*1.292	1.080	1.545
Equipement	Correct vs Faible	*1.643	1.223	2.208

17 Quelque soit le budget, l'âge, le sexe, l'équipement, le fait d'aller au RU au moins 3 fois donnerait 1,5 fois plus de chance aux étudiants d'être dans la bonne moyenne du score PNNS, et cela de manière significative.

Par ailleurs, il a été constaté que par rapport aux faibles budgets, les budgets plus élevés ont deux fois plus de probabilité d'aller au moins trois fois au RU par semaine et donc d'avoir un bon score PNNS, quels que soient la résidence, l'âge ou le sexe. Mais également que les résidents de Cités universitaires avaient une plus faible probabilité d'atteindre la moyenne du score PNNS, car beaucoup disposaient de faibles budgets et d'un faible équipement. Nous devons travailler en cité U à la rénovation des chambres et à un meilleur accès aux équipements.

Par ailleurs, les hommes sont beaucoup plus nombreux que les femmes à manger au moins trois fois par semaine au RU : 62% contre 38%.

Ceux qui connaissent le PNNS en respectent mieux les critères : 40% de ceux qui le connaissent consomment au moins 5 fruits et légumes par jour, contre 32% de ceux qui ne le connaissent pas.

Nous avons également remarqué que les Bac + 1, les premières années, avaient 1,5 fois plus de chance de manger au RU au moins trois fois par semaine. Je ne m'attendais pas à ce résultat de la part d'étudiants qui quittent leurs parents pour la première année. En fait ils fréquentent en très grand nombre le RU.

Voilà les résultats de cette enquête, et je remercie Nicole Darmon et Florent Vieux de l'INSERM.

Questions de la salle

Un étudiant en psychologie sociale de la santé

Incluez-vous les cafétérias lorsque vous parlez des restaurants universitaires ?

Brigitte Pavaut

Les enquêtes ont été menées sur 10 restaurants universitaires, à Marseille, Aix-en-Provence et Avignon, ainsi qu'à la cafétéria des Lettres d'Aix-en-Provence.

Un étudiant en psychologie sociale de la santé

Je voudrais témoigner de l'exceptionnelle qualité des repas distribués dans les resto'U, et en contrepartie de la piètre qualité des repas des cafétérias, où la barquette de frites est au même prix que le café. Par ailleurs, outre le budget dont disposent les étudiants, je pense qu'il faudrait également étudier les pratiques alimentaires des étudiants en tenant compte d'autres facteurs, comme le nouveau mode de

consommation rapide ou l'emploi du temps universitaire. Aujourd'hui, les jeunes souhaitent manger rapidement car de très nombreux cours se tiennent entre midi et deux, ce qui empêche d'aller au resto'U.

Brigitte Pavaut

Un programme est prévu dans les cafétérias d'Aix-en-Provence, Marseille et Avignon.

Carmelo Franchina, ESJ de Salon-de-Provence

Lorsque vous proposez des actions sur la qualité nutritionnelle, prenez-vous en compte le fait que ces jeunes aient 15 ans de cantine collective derrière eux ?

Par ailleurs, on prêche la bonne parole auprès des jeunes mais je pense à ceux des organismes de formation qui n'ont à Salon de Provence aucune structure à leur disposition pour se nourrir le midi et qui n'ont d'autre solution que de manger un sandwich sur un escalier.

Brigitte Pavaut

On peut tout de même leur proposer quelques conseils d'équilibre alimentaire. Un sandwich avec un fruit, c'est déjà mieux ! Et pour le soir, il faut apprendre à cuisiner.

Clôture

Michèle Trégan, Vice-Présidente de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur, déléguée au développement associatif, à la jeunesse et à l'action éducative

Il me revient la lourde tâche de conclure.

Vous avez beaucoup travaillé et réfléchi tout au long de la journée et je voudrais saluer le travail du CRES, de l'ensemble des intervenants ainsi que de tous les participants.

La journée a été fructueuse, accordant une large part aux données épidémiologiques, car l'on ne peut apporter de solution sans bien connaître le problème.

Au niveau national, la situation des jeunes est de plus en plus préoccupante, et elle l'est encore plus en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Il nous faut affronter la réalité, celle de la souffrance psychique des jeunes, de la consommation de drogues, des pratiques sexuelles à risque, de la grande précarité de certains.

Les statistiques révèlent que plus on est pauvre, plus on est malade. Les jeunes sont de plus en plus pauvres, il ne faut pas fermer les yeux.

Dans cette nécessité d'affronter la réalité, nous avons le devoir, tous, politiques, éducateurs, travailleurs sociaux, professionnels de la santé, de l'insertion et de l'emploi... d'être à l'écoute des jeunes et de les entendre.

Nous devons, en nous inspirant du fondateur des missions locales, Laurent Schwartz, prendre les jeunes dans leur globalité et les écouter, afin d'apporter de bonnes réponses.

Les réponses doivent-elles être individuelles ? Relatives à l'accès aux mutuelles, aux fruits et légumes ? Cela va-t-il résoudre les problèmes ?

À la Région, il nous semble plus important d'aborder les problèmes dans leur globalité, de proposer des solutions s'inscrivant dans des politiques globales.

À la Région, cela fait des années que nous travaillons ensemble, avec le tissu associatif, que nous mettons en réseau l'ensemble des partenaires, au profit de nombreuses initiatives de terrain.



Région



Provence-Alpes-Côte d'Azur

