

Journée du 23 Janvier 2020.

Missions locales : un relais pour la santé des jeunes néo-aquitains.

Emmanuel Langlois.

La jeunesse est une période faite d'incertitudes durant laquelle les transitions se font de manière plus délicate que par le passé. Tous les jeunes sont confrontés aux mêmes épreuves : quête d'autonomie, émergence de la sexualité, insertion sociale et professionnelle, construction de soi et affirmation de la personnalité. Les jeunes dit « en insertion » sont identifiés par les institutions et politiques publiques comme ayant davantage de problèmes et de handicaps sociaux que les autres jeunes qui bénéficient de conditions de vie moins instables dans leur milieu social et familial. C'est aussi sur le plan de la santé que ces questions se posent. La prise en charge de la santé chez les jeunes en insertion est un enjeu vital, bien que souvent oublié ou ramené à un rang de préoccupation second. Il est vrai que les jeunes en insertion sont des jeunes et sont donc *relativement* en bonne santé par rapport à d'autres catégories d'âge, mais il s'agit bien d'un enjeu de première importance tant cette question va impacter leur vie future, dans ses différentes dimensions sanitaires mais aussi socio-professionnelles. Intervenir de façon *précoce* sur la santé des jeunes en insertion c'est aussi intervenir dans la boîte noire de la fabrique des inégalités. Ces jeunes appartiennent massivement aux catégories populaires dont l'espérance de vie est la plus faible.

Il existe peu de travaux sur la santé des jeunes en mission locale (voir les articles joints). Un premier article de la *Revue d'épidémiologie et de santé publique* nous permet de dresser le portrait des jeunes en insertion fréquentant les ML. Il ne s'agit pas d'un problème secondaire –eu égard à son impact sur les trajectoires de vie des jeunes et, plus globalement, sur les inégalités à l'échelle de notre société. En effet, les NEET (les jeunes ni en emploi, ni en formation, ni en éducation) représentent quasiment 15% des 15-29 ans en France. C'est considérable et cela interroge clairement une certaine faillite des institutions socialisatrices, école en tête. Ces jeunes sont plus *vulnérables* que les autres, c'est-à-dire qu'ils disposent de moins de ressources pour faire face à une série d'épreuves et de risques. Ils ont plus souvent arrêté l'école avant 16 ans, sont rarement diplômés, beaucoup ont des problèmes de lecture et d'écriture, ils ont moins d'environnement familial et vivent plus souvent dans des situations instables (ASE, parents séparés). Du point de vue de la santé, il faut rappeler qu'ils rencontrent les mêmes problèmes que tous les jeunes mais à des degrés plus forts concernant certaines questions : la santé perçue est jugée dégradée surtout chez les femmes, il y a plus de dépression, de tentatives de suicide, des états dentaires dégradés, des questions liées au surpoids et enfin un moindre recours aux consultations de santé (généraliste, dentiste et surtout gynécologie). Les questions relatives à la santé sexuelle sont à peu près équivalentes à celles déclarées par l'ensemble des individus dans le Baromètre Santé (sexualité active, IVG, pilule du lendemain). Idem pour les questions d'addiction où l'usage quotidien du tabac, du cannabis ou l'expérimentation des divers drogues. C'est dans toute la population jeune que ces différentes questions sont à des niveaux importants et génèrent des risques importants (voir les données des enquêtes OFDT). Enfin cette enquête fait le distinguo entre les ML situées dans les agglomérations et celles implantées dans des « villes moyennes », et nous apprend que les publics ne sont pas tout à fait les mêmes, ni les risques (ce qui implique de bien connaître les spécificités de chaque public ML et éviter d'avoir une vision trop générale). Ainsi, dans les agglomérations, il y a plus d'étrangers, plus de célibataires, plus de déprimés et plus de comportements à risque liés à la sexualité. Dans les villes moyennes, il y a plus de diplômés du supérieur, plus de jeunes qui vivent avec leur conjoint, plus de TS mais aussi plus de jeunes qui ont recours aux professionnels de santé en ville.

Le tableau sanitaire –ici rapidement brossé- montre que les jeunes des ML ont moins de ressources pour faire face à plus de risques. Il s'agit donc d'une situation de handicap social qui ne doit pas conduire, cependant, à en faire une population *radicalement* différente de l'ensemble des jeunes car à bien des égards il y a infiniment plus de points communs entre les jeunes que de distinctions entre jeunes en insertion et

jeunes en général. Sur le plan des risques de santé, la grande différence passe surtout entre hommes et femmes.

L'accumulation et la non remédiation de ces handicaps très en amont des trajectoires de vie, autrement dit quand les individus sont jeunes, creusent les inégalités de santé (écart d'espérance de vie, mortalité précoce, espérance de vie sans incapacité...) et les inégalités sociales (écart dans les destins sociaux, les niveaux de vie ; on a montré notamment que le fait d'avoir une maladie grave durant l'enfance produisait – statistiquement- des moins bonnes carrières professionnelles, moins bien rémunérées, plus précaires etc). Autrement dit, intervenir sur la santé des jeunes, et en particulier sur les jeunes en insertion, revient à intervenir dans la machine à fabriquer des inégalités. Les inégalités de santé sont très fortes en France. IL y a 13 ans d'écart d'espérance de vie chez les hommes entre les 5% les plus aisés (qui gagnent en moyenne 5800€) et les 5% les plus modestes (moyenne : 470€). Les inégalités entre les hommes et les femmes sont aussi très fortes : les femmes ont un comportement plus favorable à la bonne santé (par exemple seulement 5% des femmes de 18 à 75 ans consomment quotidiennement de l'alcool contre 15% des hommes). Elles ont un meilleur suivi médical, elles travaillent moins longtemps et ont moins de risques professionnels. Alcool et tabac étant les deux grands fléaux de santé publique en France, toute intervention auprès des jeunes en insertion sur ces questions, toute intervention auprès des jeunes garçons des couches populaires qui cumulent des sur-risques est très payante à la fois sur la santé à court, moyen et long termes, et sur les inégalités. Les comportements individuels (le fait de fumer, de ne pas faire de sport etc) représentent 36% des déterminants de santé, les circonstances sociales (conditions de travail, statut...) 24%, la génétique et la biologie 22%, les soins médicaux 11%, les risques environnementaux 7%. Autrement dit, en intervenant sur la promotion de santé, la prévention des risques, l'aide à l'insertion ou l'accès à la formation, les ML peuvent jouer sur une part importante des déterminants de santé et corriger les inégalités dans les destins sociaux et face à la mort. Une dernière étude (PLOS/ONE) montre d'ailleurs que ces jeunes ne sont pas inaccessibles ou encore réfractaires comme certains le pensent à propos des jeunes « en insertion », elle montre que les consultations santé-prévention intégrées dans les ML impactent positivement sur les comportements de santé, notamment quand elles adhèrent aux principes d'une approche globale qui évite notamment d'isoler santé et social.

Référence études

Santé et recours aux soins des jeunes en insertion âgés de 18 à 25 ans suivis en mission locale <https://arml-na.fr/wp-content/uploads/2020/03/articleRESP-1.pdf>

Effects of a systematically offered social and preventive medicine consultation on training and health attitudes of young people not in employment, education or training (NEETs): An interventional study in France => <https://arml-na.fr/wp-content/uploads/2020/03/journal.pone.0216226.pdf>