

LA Santé

de l'homme



Jeunes en insertion : la santé en question

**Adolescents
et soins :** entre
écoute et autorité

Enquête : accès
à la **contraception
d'urgence**

Entre les murs,
documentaire
ou fiction ?

La revue de la prévention et de l'éducation pour la santé

LA Santé
de l'homme

est éditée par :
L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
<http://www.inpes.sante.fr>

Directrice de la publication :
Thanh Le Luong

RÉDACTION
Rédacteur en chef :
Yves Géry
Secrétaire de rédaction :
Marie-Frédérique Cormand
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DES RUBRIQUES :
Qualité de vie : **Christine Ferron**
<diere@inpes.sante.fr>
La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux** et **Nathalie Houzelle**
<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>
Débats : **Éric Le Grand**
<ericlegrand35@orange.fr>
Aide à l'action : **Florence Rostan** <florence.rostan@inpes.sante.fr>
La santé en chiffres/enquête : **Christophe Léon** <christophe.leon@inpes.sante.fr>
International : **Jennifer Davies**
<jennifer.davies@inpes.sante.fr>
Éducation du patient : **Isabelle Vincent**
<isabelle.vincent@inpes.sante.fr>
Cinésanté : **Michel Condé**
<michelconde@grignoux.be>
et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>
Lectures – Outils : Centre de documentation
<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION :
Élodie Aïna (INPES), **Jean-Christophe Azorin** (Épidaure, CRLC, Centre de ressources prévention santé), **Dr Bernard Basset** (INPES), **Soraya Berichi** (ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohammed Boussouar** (Codes de la Loire), **Dr Michel Dépinoy** (InVS), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Annick Fayard** (INPES), **Christine Ferron** (Cres de Bretagne), **Laurence Fond-Harmant** (CRP-Santé, Luxembourg), **Jacques Fortin** (professeur), **Christel Fouache** (Codes de la Mayenne), **Sylvie Giraudo** (Fédération nationale de la Mutualité française), **Joëlle Kivits** (SFSP), **Laurence Kotobi** (MCU-Université Bordeaux-3), **Éric Le Grand** (conseiller), **Claire Méheust** (INPES), **Colette Ménard** (INPES), **Félicia Narboni** (ministère de l'Éducation nationale), **Dr Stéphane Tessier** (Regards).

Fondateur : **Pr Pierre Delore**

FABRICATION
Création graphique : **Frédéric Vion**
Impression : **Mame Imprimeurs** – Tours
ADMINISTRATION
Département logistique (Gestion des abonnements) : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)
Commission paritaire :
0508 B 06495 – N° ISSN : 0151 1998.
Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2009.
 Tirage : 6 000 exemplaires.

Les titres, intertitres et chapô sont de la responsabilité de la rédaction



Tous les deux mois

- l'actualité
- l'expertise
- les pratiques
- les méthodes d'intervention dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé

Une revue de référence et un outil documentaire pour :

- les professionnels de la santé, du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux
- journalistes

52 pages d'analyses et de témoignages

Abonnez-vous ! 1 an = 28 €

1 an	28 €
2 ans	48 €
Étudiants (1 an)	19 €
Autres pays et outre-mer (1 an)	38 €

Offre spéciale janvier-février 2009
Je recevrai 2 numéros gratuits parmi les numéros suivants (2007-2008, en fonction des stocks disponibles) :

- La santé... par l'activité pyshique ! – n° 387
- Éduquer au sommeil – n° 388
- Violences et santé : quelles actions éducatives ? – n° 389
- Éducation pour la santé : les défis de l'évaluation – n° 390
- Périnatalité et parentalité : une révolution en marche ? – n° 391
- La santé des migrants – n° 392
- La santé : un défi pour les étudiants – n° 393
- Anorexie, boulimie : prévenir, éduquer, soigner – n° 394
- Développement durable et promotion de la santé – n° 395

- Médias et santé : développer l'esprit critique – n° 396
- Comment réduire les inégalités sociales de santé ? – n° 397

Je souhaite m'abonner pour :

- 1 an (6 numéros)
 - 2 ans (12 numéros)
 - Étudiants 1 an (6 numéros)
- Joindre copie R°/V° de la carte d'étudiant*
- Autres pays et outre-mer 1 an (6 numéros)

Soit un montant de _____ €

Ci-joint mon règlement à l'ordre de l'INPES par chèque bancaire chèque postal

Nom _____

Prénom _____

Organisme _____

Fonction _____

Adresse _____

Date _____

Signature _____

SH 399

inpes
www.inpes.sante.fr

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
42, bd de la Libération – 93203 Saint-Denis Cedex – France

► La santé à l'école

Clermont-Ferrand : un programme de prévention des violences en collège
Entretien avec Elisabeth Stollsteiner 4

► Qualité de vie

« Pour éduquer, il faut autoriser avant d'interdire »
Entretien avec Daniel Marcelli 6

► Enquête

Recours et résistances à l'utilisation de la contraception d'urgence
Yaëlle Amsellem-Mainguy 8

► International

Nutrition et inégalités de santé : illustrations québécoises
Martine Pageau 11

Dossier

Jeunes en insertion : la santé en question

Introduction

Pierrette Catel, Carol Deit-Susagna 13

État des lieux et connaissances

Promouvoir la santé des 16-25 ans : le rôle des missions locales
Pierrette Catel 14

Un rapport historique qui porte la création des missions locales
Pierrette Catel 17

Une psychologue en mission locale : « les écouter, les aider à être acteurs de leur santé »
Carol Deit-Susagna 19

Jeunes en difficulté d'insertion : un état de santé plus fragile
Jean-Jacques Moulin, Émilie Labbe, Catherine Sass, Carine Chatain, Laurent Gerbaud 21

Promouvoir la santé des jeunes : regards et pratiques des professionnels

Intégrer dans une trajectoire de soins ces jeunes en situation délicate
Joël Dutertre 25

« Les reconnaître pour qu'ils puissent exister »
Entretien avec Xavier Pommereau 28

Un enjeu majeur : prendre en compte la souffrance psychique des jeunes
Christis Demetriades 30

Missions locales et santé : vécu, reportages et partenariats avec les comités d'éducation pour la santé

Douaïsis : une approche globale santé pour faciliter l'insertion des jeunes
Jacqueline Rommens 33

Bouches-du-Rhône : des ateliers d'information santé pour les 16-25 ans en recherche d'emploi
Nathalie Merle, Sylvaine Roustan 35

Dans une mission locale à Paris : « Nous faisons face à des situations d'urgence »
Denis Dangaix 37

« Former à l'éducation pour la santé les professionnels de l'insertion »
Entretien avec Meryem Belkacemi 39

Quelques ressources documentaires

► La santé en chiffres

Enquête sur les connaissances et les comportements face au risque infectieux
Arnaud Gautier, Christine Jestin, Marie Jauffret-Roustide 41

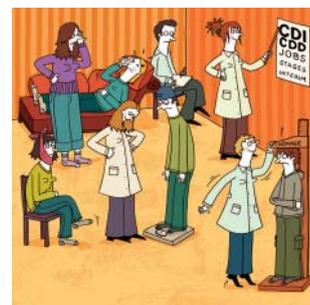
Alcool, tabac et cannabis : les dernières tendances à 16 ans
François Beck 43

► Cinésanté

Entre les murs, confrontation entre enseignants et élèves
Michel Condé 44

► Lectures

Céline Deroche, Sandra Kerzanet, Olivier Delmer .. 48



Illustrations : Véronique Joffre

Clermont-Ferrand : un programme de prévention des violences en collège

Un programme de prévention des violences, inspiré d'un programme créé à Nice, est en place depuis quatre ans dans un collège de Clermont-Ferrand. Dispensé par les équipes éducatives de l'établissement et du quartier, qui bénéficient d'une formation spécifique, ce programme tente d'éviter les recettes toutes faites, de travailler en interactivité avec les élèves et de mobiliser le réseau socio-éducatif. Le tissu associatif très dense du quartier populaire dans lequel le collège est implanté est un facteur de réussite. Interview d'Élisabeth Stollsteiner¹ qui coordonne cette action.

La Santé de l'homme : Comment le programme de prévention des violences que vous pilotez est-il né ?

Élisabeth Stollsteiner : Il est le résultat de plusieurs demandes dont la plus ancienne remonte à une quinzaine d'années. Un groupe de formateurs de l'association Cadis-Crips Auvergne effectuait régulièrement des formations

auprès des personnels² du rectorat de l'académie de Clermont-Ferrand sur l'éducation à la sexualité (*voir encadré*). Le besoin de formations spécifiques, avec des outils précis pour intervenir sur la prévention des violences, s'est avéré rapidement nécessaire. À la fin des années 1990, des formateurs participant à un colloque traitant de l'éducation à la sexualité ont pris connaissance d'un

programme sur la prévention de la violence intitulé « Grain de sable », conçu par le service de prévention et de réadaptation sociale (SPRS) de Nice, qui repose essentiellement sur une cassette vidéo et son utilisation interactive. Nous avons décidé de mettre en place, sur la région Auvergne, ce programme en direction des jeunes. La rencontre avec l'équipe du collège Albert-Camus dans les quartiers nord de la ville, et situé en zone d'éducation prioritaire/réseau d'éducation prioritaire (Zep/Rep), est intervenue ensuite, ainsi que l'adaptation de ce programme dans un site pilote.

Une réflexion sur l'image de soi... et la connaissance de l'autre

Le « Programme de prévention des violences faites aux jeunes » a été mis en place au collège Albert-Camus de Clermont-Ferrand par une équipe pluridisciplinaire : médico-sociale, conseillers principaux d'éducation (CPE), professeurs d'éducation physique et sportive, enseignants de Segpa et du collège, coordonnateur Zep, qui a mené en amont une réflexion sur les problèmes de violence au sein de l'établissement et en lien avec le quartier. Le collège Camus qui expérimente ce programme-pilote n'a pas été partenaire par hasard, il est concerné par les dispositifs « Ambition réussite » pour l'Éducation nationale et « Réussite éducative » pour la Politique de la Ville. Le programme est mis en œuvre, depuis 2001, par l'association Cadis-Crips Auvergne, devenue, depuis début 2008, Auvergne Promotion Santé/Crips.

L'axe central d'intervention : permettre aux jeunes d'adhérer à des règles de comportement collectives, en passant par une réflexion sur l'image de soi, de la connaissance de l'autre et l'ouverture sur les différences. Les enseignants sont formés par des professionnels du Groupe ressource régional de prévention en Auvergne. Les formations sont dispensées aux personnels éducatifs, sanitaires et sociaux ; en quatre ans, cinquante personnes du collège et du quartier ont ainsi été formées.

Les intervenants abordent les thèmes suivants : racket, rôle des amis, approche de la sexualité, relations garçons-filles. Ils travaillent avec les élèves sur leurs représentations de la violence à partir du Photolangage® « Grain de sable » ou de la cassette vidéo « Grain de sable ». En classe de 3^e, ils les amènent notamment à prendre conscience d'une situation de harcèlement, avec pour support un DVD pédagogique réalisé par les enseignants de l'académie à partir des témoignages de jeunes victimes. Les élèves de 3^e sont sensibilisés également sur les problèmes de violences sexuelles ; les intervenants les aident à identifier les personnes ressources susceptibles de les aider.

S. H. : En quoi « Grain de sable » est-il adapté à la prévention des violences ?

Il est adapté car simple d'utilisation, participatif et bien sûr ouvert à de multiples partenariats. « Grain de sable » repose sur l'idée que, dans la violence, chacun est appelé à être ou à devenir le « grain de sable » – l'image est parlante – d'un engrenage qui le concerne lui-même ou quelqu'un de son entourage. Il devient ainsi une courroie de transmission dans la prévention de la violence. Ce programme concerne les jeunes de 10 à 18 ans. Il est « partenarial » dans le sens où il implique des adultes relais volontaires, des personnes ressources, comme les éducateurs, les animateurs de quartier, les assistantes sociales, les enseignants et les parents. Quand l'équipe du collège Albert-Camus nous a contactés, nous avons

considéré que, tant l'environnement du collègue que le quartier lui-même par son tissu associatif étaient des facteurs favorables à la mise en place de ce programme et ouvraient des perspectives intéressantes en termes de résultats.

S. H. : Comment les jeunes se sont-ils approprié ce programme ?

Le programme est conçu pour que toute une communauté susceptible d'intervenir à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement scolaire participe à une réflexion sur un thème commun. Le jeune a la possibilité d'être acteur en s'insérant dans cette chaîne de réflexion, de débat, afin qu'il apprenne à se regarder, à connaître l'autre, à s'ouvrir sur les différences.

S. H. : Quels sont les points forts de ce programme mis en œuvre depuis quatre ans ?

Il permet avant tout à ces jeunes de bénéficier d'un vidéogramme composé de différentes séquences mettant en scène des situations de violences subies ou agies, qu'elles soient verbales, physiques ou psychologiques. Les jeunes sont amenés à repérer les différents champs de la violence, à identifier leurs droits et leurs devoirs, en proposant des alternatives positives aux protagonistes du film. La technique d'appropriation qui est suggérée dans cette démarche est connue : elle s'appelle l'interactivité. Leur participation réelle est là, dans la compréhension des enjeux dans lesquels ils sont acteurs. Nous avons aussi travaillé en amont : ainsi une école primaire, à l'initiative forte de l'institutrice, a créé son propre outil – un DVD – sur le même modèle que celui proposé aux jeunes mais adapté aux plus petits. Plus globalement, ce programme a permis de créer une mobilisation dans les établissements et dans le quartier sur ce thème de la prévention de la violence.

S. H. : À quelles limites vous êtes-vous heurtés ?

Essentiellement à l'important mouvement de mutation des équipes enseignantes. Il est très difficile de maintenir une action quand une équipe bouge rapidement. Nous avons donc été obligés de former de nouveaux personnels chaque année et d'être très présents pour maintenir un certain dynamisme.

Une autre difficulté réside dans la mobilisation des adultes du quartier participant au programme, essentiellement des mères d'élèves. Nous constatons sans surprise que, sur une période de quatre années, période qui correspond au temps du collège de la 6^e à la 3^e, les adultes du quartier sont moins concernés par le programme de prévention quand leur enfant n'est plus au collège.

S. H. : Ce programme est-il transférable à d'autres établissements ?

« Grain de sable » est mis en pratique dans d'autres quartiers et collèges de Clermont-Ferrand et de sa grande banlieue, mais il a fait l'objet d'adaptations. Ne serait-ce que par une mobilisation différente des acteurs associatifs. Cela nous a conduits à faire évoluer les contenus de la formation, qui sont aujourd'hui davantage adaptés à la réalité du terrain que nous rencontrons. Au début, les demandes des équipes enseignantes sur le sujet de la prévention des violences se posaient en termes de recettes. Le jeu, le vidéogramme, le conte sont des outils qui permettent la compréhension du thème. Aujourd'hui, nous avons ajouté un préalable qui

nous semble important dans la rencontre avec l'équipe enseignante. Notre accompagnement se fonde sur l'identification de leurs besoins en termes de prévention. Nos formations se faisaient en deux jours. Aujourd'hui, nous les proposons sur quatre jours (deux cycles de deux jours) pour un accompagnement méthodologique afin de permettre aux équipes de rester mobilisées sur ce sujet, de programmer leur intervention et d'obtenir les aides extérieures nécessaires. Mais, attention, tous les établissements ne bénéficient pas d'un contexte aussi favorable que celui du quartier nord, où le programme est implanté dans un tissu associatif fort autour du collège ! Bien souvent, dans les autres sites, notre action de prévention reste essentiellement limitée à l'enceinte de l'établissement.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**
Journaliste.

1. *Chargée de projet formation sur la région Auvergne, association « Auvergne Promotion Santé/Centre régional d'information et de prévention du sida (Crips) Auvergne ».*

2. *Tous personnels de l'Éducation nationale, dont les enseignants, conseillers principaux d'éducation, infirmières, médecins, etc.*

Entretien avec Daniel Marcelli, pédopsychiatre, chef de service de psychiatrie infanto-juvénile du CHU Henri-Laborit de Poitiers.

« Pour éduquer, il faut autoriser avant d'interdire »

Doit-on signifier des interdits aux adolescents ? Comment les accompagner dans la prise en charge d'une pathologie chronique ? Comment les amener à prendre soin de leur santé, au mieux ? Daniel Marcelli est pédopsychiatre, confronté à des adolescents qui viennent se faire soigner dans le service de psychiatrie infanto-juvénile du CHU de Poitiers. Par le biais de sa pratique, il pose des jalons pour les professionnels qui ont à prendre en charge des adolescents. S'en dégage un équilibre fragile entre écoute et autorité – et pas autoritarisme – tant dans le soin que dans l'éducation, l'accompagnement.

La Santé de l'homme : Parmi les principes de base de l'éducation pour la santé, la participation des publics destinataires occupe une place centrale. Ce principe doit-il aussi être mis en œuvre dans la prise en charge des adolescents ?

Docteur Daniel Marcelli : Absolument, si l'on parle plus globalement prise en charge et soins, les adolescents posent des questions concernant l'observance des traitements prescrits. Et c'est un fait, la capacité à participer à ses soins, sous réserve express qu'ils en soient d'accord, est un élément susceptible d'améliorer la qualité de la prise en charge. Mais, si cette participation est un élément important, d'autres le sont tout aussi, comme le temps passé, par exemple, à discuter avec l'adolescent sur les croyances qu'il peut avoir concernant un état ou une maladie.

Toutefois, il convient de ne pas ériger comme une règle absolue la participation. Je pense à un jeune adolescent qui avait une pathologie nécessitant des interventions orthopédiques à répétition. À chaque fois, l'orthopédiste lui posait la question de savoir s'il était d'accord pour qu'il subisse une opération. Rien, pour cet adolescent, ne le mettait plus « en rage » que cette situation. Il disait qu'il n'avait pas le choix. Que vouliez-vous qu'il réponde au chirurgien ? C'est comme si, finalement, le praticien avait besoin de l'assentiment, joyeux, je dirais, de l'adolescent pour qu'il l'opère. Non, la participation ne doit pas donner l'impression à l'adolescent de se faire piéger dans une demande qui, d'une certaine manière, serait contrainte. En d'autres termes, la proposition de participation ne doit pas devenir systématique. Je suis persuadé qu'il ne faut pas, non plus, trop dire à l'adolescent qu'il est libre de choisir. Nous n'avons pas le droit de faire n'importe quoi en matière de soins. C'est la même chose en matière d'éducation pour la santé, le principe de participation des publics, et particulièrement quand il s'agit d'un adolescent, doit être sous le contrôle des professionnels, à la suite d'un travail d'écoute et en recherchant un compromis.

S. H. : Autre principe de l'éducation pour la santé, le développement de l'autonomie de la personne. Or,

entre quête de l'autonomie et indépendance, les ados sont ambivalents. Qu'en pensez-vous ?

Je crois effectivement qu'il y a une problématique de la dépendance affective chez l'adolescent. En même temps, il veut être autonome, s'éloigner de ses parents, et parfois il aura un peu de mal à couper les liens avec eux. Pour autant, ce conflit autonomie-dépendance, dans le modèle des affects et des émotions, ne peut pas se transposer intégralement dans le registre du corps et de l'autonomie corporelle. Tout adolescent, et c'est d'ailleurs un des premiers enjeux du conflit avec les parents, veut être propriétaire de son corps et ainsi ne plus dépendre ni des soins maternels, ni d'un corps défaillant. Si je reviens dans le domaine de la maladie chronique, je constate, dans ma pratique, que tout adolescent touché par une maladie de ce type craint la perte de l'autonomie et la dépendance que cela entraîne. Entraves relatives à sa motricité, à son indépendance alimentaire, etc. Toutes les enquêtes effectuées en milieu hospitalier établissent le même constat.

S. H. : Plus particulièrement, que pensez-vous de l'autonomie pour les adolescents en matière de santé ?

Je prends l'exemple d'un adolescent diabétique insulino-dépendant. Il vit cela comme une entrave absolument insup-

portable. L'injection d'insuline est devenue plus simple par l'utilisation du stylo (NDLR : le stylo à insuline, qui remplace la seringue). Nous pouvons dire alors qu'outre sa participation nous favorisons l'autonomie du soin. Mais, là encore, je réclame beaucoup de précaution. Les médecins mais aussi les professionnels qui l'accompagnent doivent être attentifs, en particulier quand une maladie entrave l'autonomie, à ce que les soins préservent, autant que faire ce peut, le maximum d'autonomie du jeune. Les éducateurs doivent être soucieux de bâtir des compromis en insistant sur le fait qu'il y a des dépendances incontournables liées aux soins. Mais, à l'intérieur de cet élément incontournable, essayons de trouver tout ce qui respecte le style de vie du malade.

S. H. : Face à un adolescent, peut-on mettre en avant un interdit ou faut-il systématiquement argumenter ?

Attention aux idées toutes faites ! Il y a chez l'adolescent une propension non pas à ne pas respecter les limites mais à essayer de comprendre ce qu'il y a derrière. Il n'accepte pas l'interdit sans chercher à savoir. Au contraire du petit enfant – à qui nous disons de ne pas aller dans une direction et il n'y va pas –, l'adolescent aime bien ouvrir les portes. Donc, en matière de prise en charge face à une pathologie, les interdits doivent être soigneusement commentés. Je reviens à une idée exprimée tout à l'heure et qui est fondamentale, selon moi, en matière d'éducation pour la santé : le temps passé pour expliquer les soins, les gestes, les résultats escomptés. Il est indispensable de passer un temps suffisant pour dire que ce n'est pas par plaisir sadique que tel interdit est avancé mais quelles en sont les raisons, ce que cela peut déclencher, ce qu'il risque de se passer. J'insiste, il est nécessaire de passer du temps pour expliquer cela.

S. H. : Il y a cependant des échecs ?

Environ 80 % des adolescents respectent les interdits. Ceux-là se sont inscrits dans un rapport de confiance avec les adultes de leur entourage. Il reste donc de 10 à 20 % d'adolescents pour lesquels le lien avec l'autre est un lien de défiance, d'abord perçu comme une entrave avant d'être perçu comme une

aide. Ceux-là auront un ou deux actes ou gestes qui, au plan de leur santé, leur feront prendre un risque. Mais que constatons-nous en règle générale ? Ces risques sont pris dans les zones périphériques de leur traitement, pas dans la zone centrale. Si je reprends le cas de l'adolescent diabétique insulino-dépendant, il sera un peu fantaisiste dans ses contrôles, mais il va continuer à prendre de l'insuline d'une manière à moitié correcte. Il ne lâchera pas l'essentiel de son traitement. Le rôle du médecin ou de l'éducateur, dans ce cas, est certainement de ne pas se fâcher mais de discuter avec lui pour comprendre pourquoi il se comporte de cette façon.

S. H. : Vous écrivez, dans L'école des parents (1) : « Dans l'autorité, il y a d'abord le fait d'autoriser avant d'interdire. » Qu'entendez-vous par là ?

Je veux simplement dire que, si nous définissons l'autorité aux seuls termes de limite et d'interdit, ce qui est la réalité dans 99 % des cas, nous entrons dans ce que j'appelle une autorité hémiplé-gique, c'est-à-dire l'autoritarisme. Le lien d'autorité consiste d'abord à autoriser. Dans l'éducation d'un enfant, il est nécessaire d'autoriser beaucoup de choses et il y a quelques éléments qu'il faut interdire. En matière de soins, de participation du patient à sa thérapie, en matière de prévention, c'est la même chose, nous devons d'abord faire le catalogue de tout ce qui est autorisé pour pointer les quelques petites choses qui vont être interdites. Ne nous trompons pas de sens !

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

(1) Marcelli D. *Fonction en crise : une autorité désincarnée*. L'école des parents, n° 570, hors-série, mars 2008 : 13-7.

Voir également

• Marcelli D. *Les yeux dans les yeux. L'énigme du regard*. Paris : Albin Michel, 2006 : 288 p.

• Marcelli D. *L'enfant, chef de famille. L'autorité de l'infantile*. Paris : Albin Michel, coll. Essais et documents, 2003 : 304 p.

Education Santé

Santé

sommaire

n°241 – janvier 2009

Initiatives

«Mille facettes», un outil, un réseau de partenaires

l'asbl Nadja

Les inégalités sociales en matière de santé en Belgique chiffrées avec précision

La prévention du sida et des IST à Charleroi-Mons

Gilles C. Jourdan

La formation en tabacologie, à qui s'adresse-t-elle, quel est son impact ?

Françoise Cousin

Réflexions

Quelles urgences pour la promotion de la santé en Communauté française

propos d'André du Bus recueillis par Gilles C. Jourdan

Stratégie

Le budget santé de la Communauté française en 2007

Christian De Bock et Didier Lebaillly

Le Plan d'action national alcool vu

le Conseil supérieur de promotion santé

Outil

Stereotypik

Lu pour vous

Un nouvel éclairage sur la pauvreté en Région bruxelloise

Arrêter de fumer tue

Véronique Janzyk

Données

Forte augmentation du nombre des fumeurs en 2008

La Fondation contre le Cancer

Vu pour vous

www.promosante.net

Christian De Bock

Les articles vedettes d'Education Santé

Christian De Bock

Brèves

Education Santé est un mensuel, réalisé par le service Infor Santé – Mutualité chrétienne, avec l'aide de la Communauté française de Belgique – Département de la santé.

Pour recevoir un exemplaire de ce numéro : education.sante@mc.be. L'abonnement est gratuit en Belgique. Pour l'étranger, l'abonnement coûte 60 € pour 2 ans (22 numéros).

Pour consulter les articles parus dans la revue depuis 2001 et/ou télécharger la revue en pdf : <http://www.educationsante.be>

Recours et résistances à l'utilisation de la contraception d'urgence

En France, la contraception d'urgence est souvent méconnue, utilisée de manière non appropriée. Des informations fausses continuent de circuler sur ces pilules incorrectement baptisées « du lendemain ». Et certains professionnels en freinent l'utilisation. Une sociologue a mené l'enquête auprès de soixante-quatre femmes de 15 à 25 ans. Elle souligne les fausses représentations autour de la contraception d'urgence ainsi que la méconnaissance par les jeunes femmes des structures permettant d'obtenir gratuitement ce type de contraception. Information et pédagogie doivent être mises en œuvre.

Dans un contexte où la sexualité ne s'inscrit pas uniquement dans une dimension conjugale et n'implique plus forcément la reproduction, toute femme sexuellement active en capacité de procréer, si elle ne désire pas d'enfant, doit utiliser une méthode adaptée à son âge et à ses pratiques sexuelles. Cependant, bien que les Françaises soient les « championnes du monde » de l'utilisation de la contraception, les échecs demeurent fréquents (1). Pour éviter une grossesse non prévue ou non désirée, mais avant de recourir à l'avortement, les femmes ont à leur disposition, depuis la fin des années 1990, la contraception d'urgence dite « pilule du lendemain »¹. En 2005, environ 13 % des femmes sexuellement actives avaient utilisé la contraception d'urgence et parmi les jeunes femmes de moins de 25 ans, plus de 30 % déclarent l'avoir déjà prise (2). Nous nous intéresserons ici à l'information et l'accès à la contraception d'urgence de ces dernières.

Méthode et population de l'enquête

L'analyse proposée s'appuie sur une enquête par entretiens (3) – menée auprès de soixante-quatre jeunes femmes âgées de 15 à 25 ans, vivant en France métropolitaine – visant à reconstituer leurs trajectoires sociale, affective, relationnelle, sexuelle et contraceptive. En raison des objectifs de l'enquête – analyser les processus qui conduisent à se trouver dans une situation d'« échec » de contraception et les moyens mis en place pour y remédier –, toutes les jeunes femmes interrogées ont déjà uti-

lisé la contraception d'urgence. Les consultations médicales et les supports par lesquels les jeunes femmes se sont familiarisées avec la contraception et la sexualité ont fait l'objet de questions spécifiques.

Après avoir souligné les ambiguïtés liées à l'expression « pilule du lendemain », nous nous interrogerons sur les représentations et les croyances des jeunes femmes au sujet de la contraception d'urgence. Cela amènera à comprendre les différentes stratégies d'utilisation d'une telle méthode contraceptive par les jeunes femmes, en prenant en compte l'accessibilité du produit.

Promouvoir l'expression « contraception d'urgence »

S'il est fréquent d'utiliser l'expression « pilule du lendemain » pour parler de la contraception d'urgence, cette expression mérite d'être déconstruite afin d'en saisir les limites et les implications possibles sur les pratiques des femmes.

« Pilule du lendemain » a toujours été au singulier ; or, jusqu'en 2004, la posologie était de plusieurs comprimés. Cette erreur sémantique a induit une confusion chez les utilisatrices, ne prenant pas toujours le temps de lire la notice avant l'emploi : « *Je me souviens, la première fois que j'ai prise [1999], j'ai pas compris pourquoi y avait deux comprimés, je me suis dit que c'était bien, comme ça j'en avais un pour la prochaine fois si j'avais un problème... Quand j'ai raconté ça à une copine, elle m'a dit que j'étais folle, elle m'a expliqué*

et là bah... voilà quoi... Et après, j'ai croisé les doigts » (Isabelle, 23 ans). Depuis le changement de posologie, le doute n'est plus puisqu'il n'y a plus qu'un seul comprimé à prendre². Mais la période de transition entre les deux posologies n'a pas été sans créer de confusion : la très faible médiatisation du changement de prescription et les stocks d'anciennes contraceptions d'urgence en pharmacie, tout comme la diffusion de plaquettes d'information datées n'ont pas facilité les choses.

L'usage du mot « pilule » continue de participer au brouillage des informations reçues. En effet, on parle de « pilule » pour désigner la contraception quotidienne et de « pilule du lendemain » pour désigner celle à prendre *a posteriori*, en cas de rapport non ou mal protégé, mais aussi de « pilule abortive » pour parler du RU486³, et ce manque de clarification explique en partie pourquoi certaines assimilent la contraception d'urgence à un « mini-avortement ».

Enfin, le terme « lendemain » comprend une double ambiguïté : premièrement, la contraception d'urgence peut être utilisée au moins jusqu'à soixante-douze heures après le rapport sexuel non ou mal protégé, et non vingt-quatre heures. Or, une partie des jeunes femmes ne l'utilise pas (ou hésite à l'utiliser) lorsque le rapport sexuel est considéré « trop loin » du « lendemain ». Deuxièmement, « lendemain » fait référence à une certaine norme adulte du rapport sexuel, il induit implicitement que le rapport sexuel a eu lieu la veille

de la prise. Or, pour nombre de jeunes, les rapports sexuels ont eu lieu la journée, en l'absence des parents, ils n'ont donc pas forcément à attendre le lendemain.

Pour l'ensemble de ces raisons, il paraît donc indispensable de banaliser l'expression « contraception d'urgence » auprès des jeunes et des femmes pour faciliter à la fois la compréhension et l'utilisation du produit.

Représentations sur la contraception d'urgence

Les jeunes femmes ont eu recours à des contraceptions différentes selon leurs situations et les relations dans lesquelles elles se trouvent engagées. Cependant, ce n'est pas parce que les jeunes femmes se sentent efficacement protégées par leur pilule qu'elles sont à l'abri d'un oubli ou d'un arrêt, et celles qui utilisent des préservatifs se trouvent confrontées notamment aux désirs de leurs partenaires. Ainsi, les jeunes femmes rencontrées ont eu davantage de rapports sexuels « à risque » qu'elles n'ont eu recours à la contraception d'urgence. Les arguments qu'elles mobilisent pour expliquer leurs pratiques sont nombreux : prix, accessibilité, estimation du degré de fécondité du rapport sexuel, crainte de conséquences physiques (réelles ou fantasmées), etc.

En effet, des rumeurs circulent à propos des effets secondaires de la contraception d'urgence. Ce qui s'apparente à des « légendes urbaines » se diffuse oralement dans les groupes de pairs (dans les couloirs des collèges et lycées, par exemple) ou encore sur les forums Internet dédiés à la santé. Dans un contexte où la maternité est fortement valorisée et où elle ferait partie intégrante de l'identité féminine, tout ce qui alimente les angoisses liées à la stérilité se diffuse rapidement. La contraception d'urgence n'est pas tenue à l'écart des méfiances collectives : une utilisation répétée entraînerait une baisse de la fertilité, voire rendrait stérile, autrement dit, aurait des conséquences sanitaires et procréatives à long terme. « *Une copine m'a dit que la pilule du lendemain c'était cinquante comprimés de pilule... Que c'était pareil. Et donc c'était tellement fort qu'il fallait pas la prendre plusieurs fois sinon ça détruisait tout ton utérus et tout. Tout à l'intérieur. Et qu'après, c'était très difficile d'avoir un*

enfant si tu l'avais prise plusieurs fois » (Vanessa, 22 ans). Pour les jeunes femmes rencontrées, la contraception d'urgence est ainsi « *plus forte [que la pilule quotidienne] vue ce qu'elle fait* » (sous-entendu, elle empêche une grossesse après le rapport). Les inquiétudes autour de la stérilité, le manque d'informations sur la contraception d'urgence, la perception d'un risque pour la santé ou l'exagération des effets secondaires apparaissent comme autant de freins à une nouvelle utilisation.

Si la stérilité temporaire est recherchée par la plupart des jeunes femmes rencontrées, la stérilité définitive est une inquiétude qui a des conséquences sur la gestion de la contraception hormonale et le recours à la contraception d'urgence. Rappelons toutefois que si la contraception d'urgence est susceptible de provoquer des nausées, des maux de tête, des douleurs dans le bas-ventre, une fatigue ou encore des vertiges

(effets secondaires recensés dans les enquêtes), aucun lien avec une baisse de la fécondité ou des conséquences physiques à long terme n'a été médicalement et scientifiquement prouvé. Autrement dit, la contraception d'urgence ne provoque aucun effet secondaire grave et ne comporte aucune contre-indication.

Conditions d'utilisation

Toutefois, malgré les rumeurs, aujourd'hui plus d'un million de plaquettes est délivré chaque année (2). La contraception d'urgence doit pouvoir pallier des problèmes de méthode ou de gestion de la contraception, « *pas toujours au point* » dans les débuts de la vie sexuelle active. Les décalages entre la vie sexuelle de la jeune femme et les méthodes qui lui sont proposées sont parfois très grands et amènent à s'interroger sur les délais qu'imposent certains médecins avant de prescrire la pilule (bilan sanguin) sans proposer de

L'infirmière scolaire : un rôle variable sur l'information contraception

Si, à l'école, les jeunes femmes ne peuvent se procurer directement la pilule, elles doivent toutefois pouvoir y trouver la contraception d'urgence. Leur intermédiaire est alors l'infirmière de l'établissement scolaire. Dans un contexte où l'institution scolaire intensifie son implication sur les questions relatives à la sexualité – et plus particulièrement sur les risques qui lui sont associés – à travers des « cours » d'éducation sexuelle (prévus par l'article 22 de la loi de 2001), elle ne propose, quand elle le fait, qu'un traitement du problème dans un cadre collectif : information dispensée dans une classe ou dans plusieurs classes réunies. « Ce qui ne peut remplacer le dialogue singulier qui permet seul de poser certaines questions, d'avouer certaines appréhensions, d'échanger » (1).

Dans la pratique, on distingue schématiquement trois modes de fonctionnement de l'infirmier scolaire à cet égard :

- le premier, lorsque l'infirmière assure l'information et la prévention en matière de contraception et de sexualité ;
- le second est l'initiative individuelle : Églantine a pris l'infirmière scolaire comme référente en matière de contraception. À sa demande, l'infirmière lui a donné différents conseils sur la contraception et sur les moyens de se procurer un contraceptif, ainsi que sur les coordonnées de deux centres de planification. L'exemple d'Églantine permet de souligner combien la relation avec les équipes de soins – ici l'infirmière – est importante dans le choix d'une méthode de contraception puis dans son utilisation. Toutefois, les professionnels ne jouent pas toujours la carte de la responsabilisation des jeunes femmes, en ne les considérant pas « aptes » à opter pour « ce genre de choix » ; surtout pour les plus jeunes.

Enfin le troisième mode, le plus fréquent semble-t-il au vu des entretiens réalisés (NDLR : auprès de soixante-quatre jeunes femmes de 15 à 25 ans), est l'absence d'implication de l'infirmière sur les questions relatives à la sexualité, même lorsqu'individuellement, les jeunes femmes ont tenté d'entrer en contact avec elle. Bien que située au sein de l'établissement scolaire, l'infirmier demeure un lieu peu sollicité par les jeunes filles interrogées pour obtenir des informations sur la sexualité ou la contraception, la plupart n'étant pas sûres que le secret médical sera garanti. Les sites Internet et, dans une moindre mesure, les permanences téléphoniques semblent davantage sollicitées par les jeunes femmes.

Y. A.-M.

(1) Mossuz-Lavau J. Quand les mères se taisent. In : Knibiebler Y. (dir). *Maternité, affaire privée, affaire publique*. Paris : Bayard, 2001 : 153-70.

méthode alternative. Or les professionnels ont un rôle central dans les usages de la contraception, même si la relation établie avec le corps médical implique d'y avoir eu accès car c'est l'accès aux professionnels de santé qui contribue au succès d'une pratique contraceptive.

Les freins à l'utilisation

Le prix de la contraception d'urgence peut amener les jeunes femmes à élaborer des stratégies pour limiter ou « rentabiliser » leur utilisation. « Avec le dernier petit copain en date, on utilisait la capote, et quand il y avait pas de capote bah j'ai pris plusieurs fois la pilule du lendemain. (...) En fait je suis assez maligne quoi, enfin c'est pas malin du tout, mais comme je sais que la pilule du lendemain c'est soixante-douze heures, en général j'attends soixante-douze heures pour la prendre et pendant soixante-douze heures je peux faire ce que je veux » (Julia, 20 ans). La différence d'âge des jeunes femmes rencontrées, le type d'activité (scolaire ou professionnelle) et leur accès aux lieux de soins montrent que plus elles sont jeunes, plus la contraception et la contraception d'urgence paraissent « hors de prix ». On constate ainsi une méconnaissance des structures disponi-

bles permettant d'obtenir gratuitement une contraception (Centre de planification et d'éducation familiale – CPEF). Quant à la contraception d'urgence, bien qu'elle soit légalement gratuite en pharmacie pour les mineures, la plupart la paient. Mais le coût n'est pas que financier : aller à la pharmacie, demander le produit, se voir infliger une leçon de morale, ce que certaines appellent le « chemin de la combattante », sont aussi des freins, contournés lorsque cela est possible, en changeant de quartier, de ville et de pharmacie pour préserver son anonymat.

Conclusion

Notre enquête a donc montré que, si dans le discours de certaines jeunes femmes ou de professionnels le recours à la contraception d'urgence relève d'une prise de risques, il convient de

le considérer également comme une prise de précautions, signe d'une gestion autonome de sa sexualité. La gestion de la contraception est toutefois fortement liée à l'accès aux soins, aux professionnels de santé et à l'information. Aussi, en matière de contraception, accès et succès vont-ils de pair.

Yaëlle Amsellem-Mainguy

Sociologue,
chercheur attaché au Centre de recherche sur les liens sociaux (Cerlis),
université Paris-Descartes.

1. La contraception orale d'urgence est en vente libre sans ordonnance en pharmacie (7,93 €) et gratuite pour les mineures depuis 2001, notamment dans les infirmeries des établissements scolaires du secondaire.
2. Pour le Norlevo®.
3. RU486 est le nom de la méthode d'IVG médicamenteuse.

■ Références bibliographiques

- (1) Bajos N., Ferrand M., et l'équipe Giné (dir.). *De la conception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*. Paris : Inserm, coll. Questions en santé publique, 2002 : 348 p.
- (2) Vilain A. *Les interruptions volontaires de grossesse en 2005. Études et résultats*, n° 624, février 2008 : 8 p.
- (3) Amsellem-Mainguy Y. *La contraception d'urgence. Analyse sociologique des pratiques contraceptives de jeunes femmes*. Thèse de doctorat, université Paris-Descartes, 2007.

Santé publique

sommaire

n°1 Janvier 2009

Éditorial

J. Kivits, M. Hanique

Lettre de la Rédaction

Études

Expérience de l'Unité ARPEGES au CHU de Clermont-Ferrand : évaluation et gestion de la santé au travail du personnel hospitalier
A. Chamoux, K. Rouffiac, G. Boudet et al.

L'absentéisme pour raison de santé : comparaison méthodologique
J.P. Dumond

Perception par les patients de l'information reçue lors d'un examen complémentaire
S. Florence, L. Gambotti, S. Tezenas du Montcel et al.

Erreurs d'identification des patients dans un local d'archives vivantes
A. Hautemanière, C. Quantin, Ph. Hartemann

Couverture vaccinale des enfants de CM2 (10-11 ans) du Finistère, France, en 2004
V. Thébaud, C. Lietard, D. Ktaiche

Fiabilité et application de la conduite à tenir devant une piqûre de scorpion au Maroc
R. Hmimou, A. Soulaymani, G. Eloufir et al.

Lettre du terrain
Le contrat de performance hospitalière : l'expérience sénégalaise
M.-A. Gueye, J.-E. Kopp

Pratiques

La "bientraitance", exploration du concept et essai d'utilisation en santé publique. Une expérience à Fribourg (Suisse)
B. Graz, F. Plancherel, J.-P. Gervasoni, M.-C. Hofner

Politiques

Quatorze actions nationales pour le déterminant de santé activités physiques et sportives en France de 2001 à 2006
P.-H. Bréchat, T. Vogel, M. Berthel et al.

Lectures

Santé publique, BP 7, 2 avenue du Doyen J. Parisot – 54501 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex
Tél. : 03 83 44 39 17 – courriel : ig@sfsp.info – www.sfsp.info

Nutrition et inégalités de santé : illustrations québécoises

Différentes régions du Québec mènent des actions de politique nutritionnelle en direction des populations les plus pauvres en subventionnant des actions et en soutenant des programmes notamment auprès des écoles. Mais, comme le rappelle l'auteur, la réduction des inégalités sociales dans l'alimentation a ses limites ; seule une politique sociale incluant des mesures liées au revenu, au transport, au logement... peut s'attaquer aux racines de ces inégalités.

Dans notre société d'abondance, la surconsommation côtoie, paradoxalement, la pauvreté et l'insécurité alimentaire. Au Québec, en 2004, l'insécurité alimentaire¹ touchait 19 % des ménages monoparentaux ayant une femme à leur tête et 48 % des ménages prestataires de la Sécurité du revenu (1). La crise économique mondiale a des répercussions sur le coût des aliments et les personnes disposant d'un faible revenu sont davantage affectées. Elles ont à jongler avec l'inquiétude de ne pas avoir assez d'argent pour se nourrir, tandis que certaines doivent avoir recours sur une base régulière à de l'aide alimentaire d'urgence. De plus, les enjeux de société que soulève l'augmentation des problèmes de poids nécessitent une action collective, ciblant à la fois les individus et les environnements. Les causes sous-jacentes aux inégalités sociales relatives à l'alimentation étant multiples, il importe d'agir sur plusieurs fronts, de diverses façons et avec plusieurs partenaires. Les décideurs sont confrontés au défi de susciter des actions qui permettront aux populations plus vulnérables d'avoir accès aux aliments nutritifs en toute dignité, sans instaurer une dépendance à l'aide alimentaire. Dans un contexte économique difficile, combler les besoins urgents prime souvent sur les solutions structurantes et durables.

L'efficacité des interventions en promotion des saines habitudes de vie et plus précisément en alimentation nécessite la combinaison d'actions individuelles (connaissances, attitudes et comportements), dont la communication, et d'actions environnementales plus structurantes. Celles-ci visent notamment à

influencer la disponibilité et l'accessibilité des aliments. En complémentarité à l'éducation et à la sensibilisation en matière de saine alimentation, on agit pour faciliter l'accès à des aliments nutritifs au quotidien. L'ensemble des acteurs impliqués dans le développement de politiques nutritionnelles doit faire en sorte que des aliments nutritifs soient accessibles pour l'ensemble de la population, incluant les personnes en situation de pauvreté.

Soutenir la sécurité alimentaire des communautés et des individus

Pour soutenir les individus et les familles vulnérables, les directions de santé publique des différentes régions du Québec disposent d'un budget global de 3,2 M \$. Elles subventionnent différentes initiatives concertées en matière de sécurité alimentaire : le partage de connaissances et d'habiletés culinaires par des cuisines collectives et éducatives ; des regroupements d'achats permettant de bénéficier de rabais sur plusieurs denrées ; une amélioration de l'accès aux fruits et légumes frais par du jardinage collectif, le démarrage de marchés publics dans des quartiers défavorisés, une plus grande accessibilité à des aliments traditionnels dans les communautés autochtones. Le soutien à de l'aide alimentaire d'urgence est également disponible.

De nombreux partenaires prennent part aux efforts de concertation en sécurité alimentaire pour identifier des solutions adaptées aux besoins des communautés : les organismes communautaires, les municipalités, les conférences régionales des élus, les commissions scolaires, etc. De plus, depuis plusieurs

années, la commission scolaire de l'Île-de-Montréal subventionne des repas et des collations pour les élèves fréquentant des écoles situées dans des secteurs défavorisés.

Des politiques nutritionnelles visant la création d'environnements favorables

En 2006, le Québec s'est doté d'une *Plan d'action gouvernemental en promotion de saines habitudes de vie et en prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012* (2), qui vise à améliorer la qualité de vie de la population québécoise en lui permettant de vivre dans des environnements favorisant l'adoption de saines habitudes de vie, soit un mode de vie physiquement actif et la saine alimentation. Le ministère de la Santé et des Services sociaux est responsable de la coordination et de la mise en œuvre de l'ensemble du plan d'actions en collaboration avec sept ministères et trois organismes gouvernementaux. Depuis deux ans, le développement de politiques nutritionnelles visant différents milieux de vie a été le moteur des actions en matière de saine alimentation.

Les écoles primaires et secondaires du Québec ont pris, au cours de la dernière année, un virage santé. La *Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif, Pour un virage santé à l'école*, élaborée par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, a été lancée en septembre 2007. On y présente des orientations pour améliorer la qualité de l'offre alimentaire dans les écoles primaires,

secondaires et les centres de formation professionnelle et technique. Des adaptations ou des mesures spécifiques pour les personnes à faibles revenus doivent s'intégrer ou compléter les politiques visant à améliorer l'environnement alimentaire dans différents milieux.

Les politiques nutritionnelles jumelées à des politiques sociales : un défi

Les politiques nutritionnelles ont toutefois leurs limites pour réduire les inégalités sociales de l'alimentation. Les solutions à long terme reposent aussi sur des mesures structurantes complémentaires, comme les politiques liées au revenu, au transport, au coût de l'énergie et du logement. Celles-ci ont des effets directs sur le pouvoir d'achat des individus et ont donc le potentiel de

réduire les inégalités sociales de l'alimentation. Un grand défi auquel les décideurs sont confrontés est de planifier des politiques nutritionnelles tout en influençant les politiques sociales de façon à ce que le pouvoir d'achats alimentaires puisse s'améliorer au sein des groupes vulnérables.

Martine Pageau, Dt.P., MA,

Direction de la prévention des maladies chroniques et des traumatismes, service de promotion des saines habitudes de vie, ministère de la Santé et Services sociaux, Québec, Canada.

1. L'insécurité alimentaire liée au revenu est définie dans le cadre de cette enquête par une expérience allant de la crainte de manquer de nourriture jusqu'au manque effectif de nourriture dû à un manque d'argent.

► Références bibliographiques

(1) Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 2.2, nutrition (2004). *Sécurité alimentaire liée au revenu dans les ménages canadiens. Tableaux de données supplémentaires.* Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, direction générale des produits de santé et des aliments, 2007 : p. 25.

En ligne : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/supp_table_tableau-fra.php

(2) Lachance B., Pageau M., Roy S. *Investir pour l'avenir, Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012.* Gouvernement du Québec, 2006 : 50 p.

EN BREF

Baisse du taux de suicide au Québec

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) vient de publier une étude sur « La mortalité par suicide au Québec : tendances et données récentes – 1981 à 2007 ». Principal enseignement : le taux de suicide recule de 4 % l'an depuis 1999. En 2007, le suicide a été à l'origine de 1 091 décès. Le taux de mortalité par suicide est beaucoup plus élevé chez les hommes (22,3 décès par 100 000 personnes) que chez les femmes (5,8 décès pour 100 000 personnes). Les auteurs, Mathieu Gagné et Danielle Saint-Laurent, soulignent qu'en 1999 et 2007, la diminution la plus importante a été enregistrée chez les adolescents (15 à 19 ans) et chez les jeunes hommes (20 à 34 ans). Ce léger recul de la mortalité par suicide intervient après plusieurs décennies de hausse, les années 1990 ayant été marquées par une augmentation importante, en particulier chez les hommes âgés de moins de 50 ans. Depuis 1998 et pour prendre en compte cet important problème de santé publique, une stratégie d'action face au suicide a été mise en œuvre au Québec, en lien avec le plan d'action en santé mentale.

Source : INSPQ. En ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/890_BulSuicide09.pdf

Montréal : un moins bon équilibre alimentaire

Face à la montée de l'obésité et des pratiques alimentaires défavorables à la santé, les pouvoirs publics, les universités et la Ville de Montréal ont mis en place, depuis 2002, une enquête de suivi des habitudes alimentaires, interrogeant deux fois l'an, mille Montréalais âgés de 15 ans et plus. Il ressort qu'un fort pourcentage de la population interrogée ne consomme pas une quantité minimale d'aliments favorables à la santé. Ainsi, entre 2002 et 2007, seulement 27 % des personnes consomment cinq fois et plus par jour des fruits et légumes et 37 % deux fois et plus par jour du lait et du fromage. L'évolution de la consommation alimentaire est globalement qualifiée de préoccupante par les auteurs, Nathalie Pouliot, Lise Bertrand et Jean Gratton.

Source : JASP 2008. En ligne : http://www.inspq.qc.ca/aspx/fr/jasp_affiches_liste.aspx?sortcode=1.55.58.60.67.67&NoAffiche=85

équilibres

Une lettre d'information mensuelle pour tout savoir sur l'actualité de la prévention et de l'éducation pour la santé

équilibres

LA LETTRE DE LA PRÉVENTION ET DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Un guide pour les adultes malvoyants

Les adultes et la santé

UN GUIDE ADAPTÉ

UN GUIDE POUR LES ADULTES MALVOYANTS

Tous adaptés à CHARTE MILCOSE*

Éducation du patient : un outil pour les formateurs

Abonnez-vous gratuitement !
www.inpes.sante.fr

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
www.inpes.sante.fr

Jeunes en insertion : la santé en question

Lors de ses quatrième journées de la prévention, en avril 2008, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a consacré une session de travail aux jeunes rencontrant des difficultés d'insertion et à leur santé. Cette session était intitulée « Acteurs de l'insertion professionnelle des jeunes et prévention santé : quels enjeux, quelles articulations ? ». Il s'agissait de s'interroger sur le positionnement des acteurs de l'insertion, notamment les missions locales, par rapport à la santé. Et plus particulièrement le rôle qu'ils peuvent jouer pour promouvoir la santé de ces jeunes.

Isabelle Vincent, en charge à l'INPES des ressources pour les professionnels de santé et modératrice de cet atelier, nous a proposé d'en faire le point de départ d'un dossier pour *La Santé de l'homme*, que nous avons accepté de coordonner. Nous tenons à la remercier de cette initiative, utile et nécessaire au vu des problématiques de santé des jeunes accueillis dans les missions locales. L'objectif est ici de présenter le travail effectué par ces structures en matière de promotion de la santé, les avancées et les difficultés rencontrées.

Les articles ont été rédigés par des médecins, psychologues et animatrices qui reçoivent, chaque jour, ces jeunes pour les écouter, les orienter, prendre en compte leur parcours personnel et tenter de trouver des solutions concrètes. Leur expérience est précieuse pour repérer les points délicats, les failles du dispositif, les difficultés à surmonter, mais aussi les leviers qui permettent de tracer un avenir meilleur pour certains d'entre eux. Toutefois, le constat est rude, celui dressé notamment par Joël Dutertre, médecin en mission locale, montre qu'une partie de ces jeunes en difficulté d'insertion (de 10 à 20 % dans l'aire géographique sur laquelle il intervient) sont – selon ses propres termes – « abîmés », tant sur le plan physique que mental.

Le dossier aborde en particulier les pratiques des professionnels et les initiatives de terrain pour mobiliser les jeunes en difficulté d'insertion autour de leur santé : comment les inciter à se préoccuper de leur santé physique ou psychique, actuelle ou à venir, alors qu'ils sont confrontés dans l'immédiat à d'autres problèmes majeurs (emploi, logement, etc.). En parallèle, il est impératif d'identifier et d'analyser les insuffisances de l'actuel dispositif pour améliorer le repérage, la prise en charge, l'accompagnement de ces jeunes dans une approche globale de promotion de leur santé, prenant en compte l'ensemble des déterminants, logement/travail/ santé physique et mentale/prévention. Cette approche globale est la « marque de fabrique » des missions locales.

Les contributions à ce dossier, loin d'être exhaustives sur une thématique aussi large, tentent à la fois de donner une photographie de l'existant et des pistes pour progresser sur cette question centrale, devenue un enjeu de société.

Pierrette Catel
Carol Deït-Susagna

Dossier coordonné par **Pierrette Catel**, chargée de mission au Conseil national des missions locales, Saint-Denis et **Carol Deït-Susagna** psychologue à la mission locale Sud-Ouest, Seine-et-Marne.

Mieux protéger la santé des jeunes

Le plan « santé-jeunes », présenté en février 2008 par Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre chargée de la Santé, comporte une série de mesures pour mieux protéger la santé des jeunes, y compris les plus vulnérables. Pour sa part et en lien avec ce dispositif, l'INPES diffusera à la mi-2009 un nouvel outil pour aider les professionnels de santé à accompagner les adolescents, intitulé « Entre nous...comment mettre en place une relation d'éducation pour la santé avec un adolescent ? ». L'Institut lancera aussi courant 2009 un nouveau site portail Internet sur la santé des jeunes, en particulier les adolescents, qui permettra d'accéder directement aux sites thématiques de l'Institut et d'orienter vers les structures les mieux adaptées. Par ailleurs, l'insertion professionnelle des jeunes peu ou pas qualifiés figure à l'agenda de Martin Hirsch, haut-commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté, qui s'est vu confier, le 12 janvier 2009, un mandat élargi à la jeunesse. Le fonds d'expérimentation pour les jeunes, créé par la loi du 1^{er} décembre 2008 et doté de 150 millions d'euros, doit permettre de lancer des programmes expérimentaux à grande échelle pour améliorer l'insertion professionnelle en évitant les ruptures d'apprentissage, a-t-il précisé.

Promouvoir la santé des 16-25 ans : le rôle des missions locales

Les missions locales – quatre cent quatre-vingt-six en France – ont pour tâche d'épauler les jeunes dans leur insertion professionnelle. La prise en compte de leur état de santé tout comme leur accompagnement pour promouvoir leur santé sont essentiels. Une charte nationale définit plusieurs objectifs pour améliorer la situation : accès accru aux soins et à une couverture sociale, accueil et écoute des jeunes en souffrance psychologique, possibilité de recours aux soins de santé mentale quand cela est nécessaire. État des lieux de la situation, des avancées récentes et des difficultés rencontrées.

Depuis leur création, en 1982, les missions locales se sont développées en nombre : de soixante au départ, elles sont aujourd'hui quatre cent quatre-vingt-six et couvrent tout le territoire, onze mille salariés y accompagnent plus d'un million de jeunes de 16-25 ans, chaque année.

Elles ont, au cours de cette période, recherché et tenté de pérenniser les moyens d'orienter les jeunes qu'elles accompagnent vers l'accès aux droits et une prise en charge de leurs problématiques de santé. Cependant, leur action dans ce domaine est longtemps restée peu connue, à la fois du grand public et des décideurs, car il était difficile d'avoir une vision globale, nationale, de l'état de santé des jeunes et des actions conduites pour l'améliorer. En effet, les données concernant la santé des jeunes suivis ne peuvent être saisies dans le système d'information Parcours 3¹, la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) s'y opposerait, avec raison, puisque les professionnels de missions locales ne sont pas des professionnels de santé, habilités comme tels.

En 2005, le Conseil national des missions locales a demandé au Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé (Cetaf) de procéder à une étude à partir des données recueillies auprès des jeunes en insertion lors de leur examen de santé.

Les résultats (voir l'article de Moulins et al., pages suivantes) montrent,

sans ambiguïté, l'impact de la précarité sur la santé des jeunes de 16-25 ans accompagnés par les missions locales. Ils sont suffisamment alarmants pour que les différents services déconcentrés des ministères concernés par l'insertion des jeunes s'associent au Conseil national des missions locales (CNML)² et aux missions locales représentant le réseau. Ce groupe a rédigé la « charte pour la santé des jeunes en insertion ».

Charte pour la santé des jeunes

Cette charte d'engagements pour la santé des jeunes, signée en mai 2006 par les ministres qu'elle concerne et par la présidente du CNML, a pour objectif de réunir et optimiser, sur tous les territoires, les conditions nécessaires à la mise en œuvre d'actions pérennes de promotion de la santé des jeunes, en renforçant le lien social. La définition commune, par les différents acteurs de la santé, d'orientations stratégiques et d'objectifs doit permettre de soutenir et d'améliorer le développement de programmes d'action en réseaux relatifs à la santé des jeunes de 16-25 ans en insertion, dans le cadre des politiques régionales de santé. Elle a été élaborée en étroite relation avec le réseau des missions locales, la direction générale de l'Action sociale, la direction générale de la Santé, la Mutualité sociale agricole, le Cetaf et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) ; le bureau du CNML l'a validée.

Depuis sa signature, des réunions régionales sont régulièrement organi-

sées par le CNML, en concertation avec tous les partenaires nationaux régionaux et locaux de la santé. Ces réunions rassemblent tous les acteurs publics, associatifs et les financeurs (État, collectivités territoriales, fondations) de la prise en charge des problématiques de santé des jeunes accompagnés par les missions locales. Elles permettent de réelles avancées, en particulier par la présentation des études chiffrées du Cetaf, qui montrent sans ambiguïté la relation entre précarité et santé. Elles sont aussi l'occasion de valoriser de bonnes pratiques qui peuvent être transférées sur d'autres territoires.

Quatre axes de progrès

Pour que la charte soit appliquée uniformément partout, quatre axes de progrès sont travaillés sur les territoires.

- *Améliorer le taux et la qualité de la couverture sociale des jeunes et de la couverture complémentaire*

Cela peut être sous-tendu par des actions de professionnalisation des conseillers référents santé et des managers et administrateurs de missions locales, des actions de recueil de données sur le statut d'assuré social du jeune et son éventuelle couverture complémentaire (suivi de l'accès aux droits par Parcours 3). Mais aussi par l'évaluation des évolutions, des actions de communication et d'information du public et des partenaires, des partenariats étroits avec les caisses d'assurance maladie, l'organisation de réunions régulières de suivi avec les partenaires concernés.

- *Améliorer le taux et la qualité du recours aux soins généralistes des jeunes*

Il s'agit notamment d'un travail de concertation étroite avec la Cnamts, les caisses régionales d'Assurance Maladie, le Cetaf pour que les examens de santé mis en œuvre dans les centres d'examen puissent être davantage connus (informations collectives en missions locales par les professionnels de santé) et délocalisés lorsque nécessaire dans les territoires enclavés (utilisation par exemple de caravanes équipées itinérantes ou délégation des examens de santé vers les hôpitaux de proximité). Cela suppose également la mobilisation d'autres lieux où des examens gratuits peuvent être conduits. Cela implique aussi des actions de formation, de communication et d'information du public et des partenaires, la mise en place systématique du suivi post-examen. L'organisation de réunions territoriales régulières avec l'ensemble des acteurs concernés.

- *Améliorer le taux et la qualité des moyens d'accueil et d'écoute des jeunes en souffrance psychologique ainsi que le recours aux soins de santé mentale quand nécessaire*

Toutes les missions locales ne bénéficient pas encore de permanences de psychologues ni de présence à proximité de points d'accueil et d'écoute jeunes, 30 % n'en ont aucune. Il est alors possible de négocier avec les agences régionales de l'hospitalisation ou les directions régionales des Affaires sanitaires et sociales des financements fléchés et pérennes pour la mise à disposition dans les missions locales de psychologues rattachés aux centres médico-psychologiques ou aux hôpitaux.

- *Améliorer le nombre et la qualité des actions de prévention et d'éducation pour la santé des jeunes, avec les jeunes*

Cet axe de développement passe par un partenariat avec les acteurs de santé publique mais aussi avec l'ensemble des cofinanceurs des territoires, une campagne nationale de sensibilisation des jeunes (car rien ne peut se faire sans eux), des autres acteurs, des décideurs pourrait donner l'impulsion nécessaire et contribuer à une meilleure information.

En 2007, le haut commissaire aux Solidarités actives contre la pauvreté a lancé un appel à projets d'expérimentations sociales en même temps que commençaient les travaux d'un Grenelle de l'Insertion. Plus de six cents projets ont été déposés. Sur les trente-sept projets sélectionnés, dix traitent de problématiques de santé publique mais aucun ne concerne la prise en compte de la santé des jeunes en insertion. Cela signifierait-il que leur situation s'est améliorée ?

Nombreux, peu qualifiés

En 2007, l'observation de la situation des jeunes en insertion accompagnés par les missions locales permet les constats suivants (1) :

- *les jeunes en difficulté d'insertion sont toujours aussi nombreux*

1 130 000 jeunes de 16 à 25 ans ont été en contact avec le réseau des missions locales et permanences d'accueil, d'information et d'orientation. Parmi eux, 995 000 ont été reçus en entretiens individuels par un conseiller ;

- *ils sont toujours majoritairement pas ou peu qualifiés*

Les 452 000 jeunes accueillis pour la première fois en 2007 dans le réseau sont, comme en 2006, faiblement qualifiés dans l'ensemble : près de 44 %, soit un peu moins de 200 000, n'ont pas obtenu de CAP-BEP ou ont quitté l'enseignement général avant la terminale

(niveaux de formation VI, V bis ou V sans diplômes). Seul un quart des jeunes a au moins un baccalauréat ;

- *les jeunes « peu ou pas qualifiés » : plus jeunes et moins mobiles que les autres*

Les jeunes « peu ou pas qualifiés », c'est-à-dire sortis de scolarité sans CAP-BEP ou avant la terminale, sont accueillis plus jeunes que les autres en mission locale. Plus du tiers d'entre eux sont mineurs, contre 3 % des jeunes diplômés d'un CAP-BEP ou d'un niveau supérieur. 55 % des jeunes « peu ou pas qualifiés » en premier accueil sont des hommes. Étant plus jeunes, seuls 16 % d'entre eux ont un logement autonome contre 26 % des jeunes plus qualifiés ; les trois quarts vivent chez des parents ou chez des amis. Ils sont également davantage tributaires des transports en commun pour leurs déplacements : 23 % seulement disposent d'un moyen de transport individuel motorisé contre 48 % des jeunes plus qualifiés, et 14 % ont le permis de conduire contre 50 % des autres jeunes.

Les jeunes « peu ou pas qualifiés » sont, comme les autres jeunes reçus en mission locale, célibataires à près de 90 %. Ils ont un peu moins souvent des enfants à charge, du fait de leur plus jeune âge et parce que les jeunes femmes sont majoritairement plus qualifiées. Ils sont plus souvent étrangers : 8 % contre 5 % des autres jeunes reçus, et vivent plus fréquemment en zone urbaine sensible : 18 % contre 12 %.

L'observation locale montre que les jeunes en premier accueil « *peu ou pas qualifiés* » qui viennent vers la mission locale plusieurs mois, voire plusieurs années, après leur sortie du système scolaire ont souvent une couverture sociale incomplète, pas de complémentaire santé (65 % des jeunes n'en ont pas au moment du premier accueil) ; et, lorsqu'ils bénéficient d'une complémentaire, ils sont souvent dans l'incapacité financière de faire l'avance de frais quand ils ont besoin de soins. Une information spécifique et un accompagnement aux démarches administratives sont nécessaires pour assurer l'accès aux droits ;

- *l'accès aux soins – en particulier gratuits ou pris en charge – doit toujours être recherché par le biais de partenariats locaux avec les acteurs de la santé publique*

Des actions de prévention sont toujours menées par les missions locales en partenariat avec les acteurs de la santé publique ou de la mutualité auprès des jeunes, en particulier autour des questions d'addictions, d'alcoolisme, de conduites à risques, de prévention des infections sexuellement transmissibles, de contraception.

Déterminants sociaux de santé

Cependant, ces actions de prévention n'ont de chance d'atteindre leur objectif que si, d'une part, les jeunes auxquels elles s'adressent sont en capacité d'être suivis médicalement quand ils

en ont besoin et, d'autre part, les autres déterminants sociaux de leur santé sont favorables (autonomie financière, logement, mobilité, rapport au code et à la loi, estime de soi, relations familiales et amicales, loisirs et culture, etc.). De cette façon seulement ils pourront prendre conscience des comportements à risques. C'est tout le travail des missions locales pour lever les freins à l'insertion des jeunes pendant leurs parcours ; elles s'impliquent également, en amont, en relation avec l'Éducation nationale pour prendre en charge le plus rapidement possible les jeunes qui « décrochent » du système scolaire et, en aval, auprès des entreprises pour trouver des emplois et des solutions d'insertion.

Mal-être et souffrance psychique

En 2008, pour améliorer la connaissance du public accueilli dans les missions locales et mieux comprendre ses difficultés, le CNML et le comité de pilotage national du groupe santé qu'il anime ont demandé au Cetaf de construire ensemble une étude spécifique sur le mal-être et la souffrance psychique des jeunes de 16-25 ans en recherche d'insertion. En effet, la « charte pour la santé des jeunes en insertion » soulignait le manque de données épidémiologiques sur les difficultés psychologiques rencontrées par les jeunes en insertion. Une meilleure connaissance de leur état de santé mentale s'avérait indispensable compte tenu de la rareté et de la disparité des données existant sur le sujet. Les signataires

de la charte souhaitaient aussi le développement de partenariats pour la prise en compte des situations de souffrance freinant les parcours d'insertion.

Le recueil de données constituera, au terme de l'étude, un état des lieux des difficultés psychologiques rencontrées par les jeunes en insertion. Il doit aboutir à des actions concrètes pour la prise en charge des jeunes dans leur parcours d'insertion. Les résultats devraient permettre une coordination accrue des professionnels de l'insertion, de la prévention et du soin, pour une meilleure prise en charge des difficultés psychologiques. Un questionnaire d'autoévaluation anonyme a été construit, comportant soixante-huit questions. Il est conçu avec une partie fixe qui a été administrée, en 2008, en phase de test et des pétales d'investigation supplémentaires qui seront administrés les années suivantes. Le questionnaire a été administré auprès des jeunes de 16-25 ans. Au cours de la première phase, en mai-juin 2008, mille trois cent cinquante questionnaires ont été remplis par les jeunes dans vingt-quatre missions locales et quatorze centres d'examen de santé où le passage du questionnaire permet de toucher une population de jeunes étudiants et actifs et d'établir une comparaison entre les deux populations.

Les premiers résultats³, non encore consolidés, ont confirmé, hélas ! ce que les professionnels ressentent au quotidien dans leurs pratiques :

- 23 % des jeunes hommes et 31 % des jeunes femmes de la catégorie « en insertion » ont une note de santé perçue inférieure à 7/10 ;
- 12 % des jeunes hommes et 25 % des jeunes femmes déclarent une tentative de suicide ;
- 29 % déclarent avoir subi au moins une fois des violences psychologiques (24 % des hommes et 34 % des femmes) ;
- 24 % ont subi des violences physiques au moins une fois (23 % des femmes et 26 % des hommes) ;
- 10 % ont subi des violences sexuelles (3 % des hommes et 15 % des femmes).

Enfin, les réponses aux questions relatives à la dépression ne laissent aucun doute sur la nécessité éthique de réfléchir ensemble et d'adresser une alerte aux pouvoirs publics et acteurs de la santé publique. Il s'agit de rechercher – et trouver – sans plus tarder des moyens complémentaires afin de répondre plus efficacement à cette

situation de la jeunesse en recherche d'insertion en France au XXI^e siècle.

En 2009, le haut commissaire aux Solidarités actives contre la pauvreté, par le biais de la loi sur le RSA (3), met en place un nouveau fonds d'expérimentations sociales pour l'insertion des jeunes. Peut-être est-ce une porte qui s'ouvre pour des évaluations d'impacts d'actions de promotion et prise en charge des problématiques de santé sur l'insertion professionnelle des jeunes ?³.

Pierrette Catel

Chargée de mission,
Conseil national des missions locales
(CNML), Saint-Denis.

1. Logiciel de saisie des données des parcours de jeunes suivis par les missions locales.

2. Pour informations consulter le site : www.cnml.gouv.fr

3. NDLR : Martin Hirsch, haut commissaire aux Solidarités actives contre la pauvreté, s'est vu confier, depuis le 12 janvier 2009, un mandat élargi à la jeunesse. Il a rappelé en prenant ses fonctions qu'un fonds d'expérimentation pour les jeunes a été créé par la loi du

1^{er} décembre 2008 généralisant le RSA, doté de cent cinquante millions d'euros. Sur les propositions qu'il compte formuler, Martin Hirsch a déclaré : « Nous allons d'abord mettre autour de la table les partenaires sociaux, les représentants des jeunes, des entreprises, et des collectivités, pour définir les objectifs de travail : comment éviter les ruptures d'apprentissage ? Quel soutien apporter en matière de revenu, cohérent avec le besoin de se former et de travailler ? Comment répondre au lancinant problème des jeunes en errance ? L'un des impératifs premiers est d'arrêter de "perdre" ceux qui sortent du système scolaire sans qualification. (...) En parallèle, nous lancerons les programmes expérimentaux à grande échelle, en partenariat avec les collectivités volontaires. Enfin, nous agirons sur des sujets déjà bien identifiés : le système d'orientation ou le service civique. » (Source : Le Monde, 13/01/2009).

► Références bibliographiques

- (1) Bonnevalle L. *L'activité des missions locales et PAIO en 2007. Les jeunes suivis accèdent davantage à l'emploi et moins souvent à la formation*. Premières synthèses, n° 51.1, décembre 2008 : 7 p.
- (2) Cetaf. Carine Chatain et le comité scientifique.
- (3) Loi n° 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008 sur le Revenu de solidarité active.

Un rapport historique qui porte la création des missions locales

En 1981, Bertrand Schwartz, dans un rapport qui demeure d'actualité, dressait un état des lieux alarmant de la situation des jeunes en difficulté d'insertion et formulait des recommandations pratiques. Les missions locales sont nées de ce constat. Mais face aux problèmes de santé et d'insertion des jeunes, les dispositifs mis en œuvre depuis relèvent le plus souvent de l'aide ponctuelle.

En 1981, à la demande du Premier ministre, dans un rapport fondamental pour l'insertion des jeunes et le réseau des missions locales, Bertrand Schwartz (1) dressait le constat suivant sur la situation des jeunes de 16-21 ans à cette époque :

- le taux de chômage des jeunes est très élevé : à cette date, sur les 2 300 000 jeunes non scolarisés plus de 600 000 sont classés « chômeurs et inactifs ». Les 16-21 ans représentent 28 % des demandes d'emploi non satisfaites, alors qu'ils ne forment que 8 % de la population active ;
- le chômage frappe d'abord les jeunes sans qualification : les « sans diplôme »

représentent la moitié des jeunes chômeurs (2). Or, un tiers des jeunes de 16-21 ans (soit 200 000 sur un flux annuel de 600 000) sort de l'école sans diplôme ;

• la qualité de l'emploi qui leur est offert se dégrade : les jeunes nourrissent ainsi un marché secondaire du travail où se dégradent profondément la condition et les droits des travailleurs. Beaucoup sont privés des garanties sociales et exclus de la vie collective. Ils sont des travailleurs de seconde zone. La crise accroît non seulement les inégalités entre jeunes et adultes mais aussi les inégalités des jeunes entre eux¹ ;

• mais d'autres chiffres inquiétants méritent d'être rappelés : au moins 70 000 jeunes de 16 à 21 ans ont affaire à la justice chaque année (et le nombre des emprisonnements a augmenté de 40 % en trois ans). Selon une enquête régionale, les tentatives de suicide ont été le fait de 3,5 % de jeunes filles de 15-19 ans et de 1,5 % de garçons du même âge, et l'accroissement de ces dernières années est lié à la détérioration des conditions de vie.

Dans le chapitre intitulé « La santé », Bertrand Schwartz reprenait la définition de la santé donnée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) :

« la santé est l'état de complet bien-être physique, mental et social et non seulement l'absence de maladie ». Cela revenait à renoncer à considérer la santé comme le seul résultat de la pratique médicale et à légitimer l'approche globale de l'insertion utilisée par les missions locales qui seront créées suite au rapport. En proposant des mesures d'insertion professionnelle et sociale, au sens large, en travaillant en réseau avec les services sanitaires et sociaux, les missions locales pouvaient agir, au moins en partie, sur les causes du mal-être physique, mental et social des jeunes.

Outre un travail en amont pour apprendre aux jeunes enfants scolarisés à être responsables de leur santé et de leur corps et épauler les parents, le rapport préconisait de développer et améliorer quantitativement – en zones urbaines comme rurales – et qualitativement la médecine préventive pour les jeunes, sous toutes ses formes, pour la faire sortir de son isolement de « parent pauvre de la médecine ». L'amélioration de l'accueil et de l'écoute personnalisée des jeunes dans les lieux de soins était particulièrement soulignée.

La démarche proposée était innovante et ambitieuse : créer un véritable réseau de services sanitaires et sociaux avec des fonctions d'accueil, d'écoute, de bilan, de conseil, d'information et d'amélioration de la prise en charge des

jeunes en difficulté. Ouverts aux jeunes sans conditions, les services devaient être gratuits et rendus sur des horaires très larges. Des équipes pluralistes, capables de prendre en charge des cas très différents – pas seulement de santé stricte – devaient animer des groupes d'information et de réflexion sur toute une série de sujets concernant la vie des jeunes. Les membres de ces équipes devaient pouvoir mettre à disposition des jeunes accueillis leur potentiel d'intervention dans leurs institutions d'origine. Il s'agissait de s'inspirer de ce que l'expérience acquise en matière sanitaire et sociale avait de meilleur, de « recenser les diverses expérimentations pour en reprendre ou effectuer le bilan et l'intégrer dans le cadre de la nouvelle politique de santé et d'action sanitaire ».

Dès leur création, les missions locales se sont positionnées sur le créneau de la prévention, avec deux conceptions en présence. La première, au-delà du repérage nécessaire des problèmes de santé au cours des bilans de santé et des visites médicales, est plutôt conçue en missions locales comme un rôle éducatif et informatif destiné à prévenir les risques éventuels. La vision des professionnels place bien sûr les jeunes, en particulier ceux qui sont en situation précaire, au cœur de tels comportements : suicide, toxicomanie, sida, etc. L'information et l'accompagnement socio-éducatifs finissent donc par l'emporter sur une autre conception de la

prévention, celle qui, plus généraliste, interviendrait davantage sur les facteurs environnementaux, les contextes locaux, les habitudes de population, les conditions de vie (3).

Cette seconde conception, plus globale mais aussi beaucoup plus exigeante, sera d'autant plus difficile à mettre en œuvre au fil des années que les déterminants sociaux de la santé des jeunes en insertion ne s'amélioreront pas suffisamment : pauvreté, logement, mobilité, accès aux droits, aux loisirs et au sport, suppression du service militaire et du repérage des problématiques de santé qu'il permettait, conduisant les missions locales à rechercher des solutions – et des budgets – et à s'associer à des programmes d'actions régionales ou locales conçus comme autant de réponses ponctuelles procédant de logiques « accès aux soins », « accès aux droits sociaux », mutualisation, éducation pour la santé...

Les missions locales vont par ailleurs rechercher les moyens de démultiplier les pratiques de prévention dans leurs locaux mêmes, en mettant en place des permanences de psychologues, voire de médecins quand la réponse de santé publique est inexistante et en créant des postes de conseillers « référents santé ».

Pierrette Catel

1. Certaines catégories de jeunes ont des difficultés spécifiques, variables selon les champs considérés : immigrés de la deuxième génération, ruraux, handicapés, etc. Ces différences ne nous ont pas échappé. Mais il eût été déraisonnable de prétendre analyser complètement les spécificités de chaque groupe et de vouloir formuler toujours des propositions correspondantes.

► Références bibliographiques

- (1) Schwartz B. *L'insertion professionnelle et sociale des jeunes. Rapport au Premier ministre*. Paris : la Documentation française, 1981 : 147 p.
- (2) Économie et statistique, n° 134, juin 1981 : 118 p.
- (3) Freire M.-C. *La santé et l'insertion des jeunes. Contribution des missions locales*. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Délégation interministérielle à l'insertion des jeunes, 2001 : 127 p.

Une psychologue en mission locale : « les écouter, les aider à être acteurs de leur santé »

Aider les jeunes qu'elle reçoit à devenir acteurs de leur propre santé : tel est l'objectif que s'est assigné Carol Susagna, psychologue. Tout en étant consciente des limites de son intervention – la guidance vers l'accès aux soins est complexe –, elle met en avant le soutien psychologique indéniable apporté par les professionnels : entretiens individuels, suivi, mais aussi ateliers collectifs et groupes de parole permettent de faire progresser l'écoute, voire la prise en charge.

La légitimité des missions locales en matière de santé est en perpétuelle évolution tant le monde de l'insertion prend tour à tour de nouvelles figures au fil des politiques publiques et des implications locales. La mobilisation des jeunes en difficulté d'insertion autour de leur santé est également à questionner car elle ne va pas de soi. Comment inciter de jeunes adultes à se préoccuper de leur santé physique ou psychique, actuelle ou à venir ? Doit-on proposer, inciter ou obliger ? Chaque acteur de l'insertion professionnelle est confronté à ce fragile équilibre ; c'est autour de cette ambivalence que je propose de réfléchir à travers mon expérience à la mission locale du Sud-Ouest 77.

Psychologue clinicienne à plein temps en mission locale, mon rôle est de recevoir en entretien individuel les jeunes qui témoignent eux-mêmes de souffrances psychiques ou lorsqu'elles sont révélées par l'équipe de conseillers en insertion au sein de laquelle je travaille. En complément du soutien psychologique, mon autre mission est de mettre en place des actions de prévention afin d'impliquer toujours davantage les jeunes dans leur santé. Il est à noter que certains psychologues de mission locale sont à mi-temps sur un poste de psychologue et à mi-temps sur un poste de référent santé, d'autres privilégient l'activité classique du psychologue par choix ou manque de temps.

Il est intéressant de préciser que ces pratiques ne s'inscrivent pas dans une dimension soignante mais ont vocation

de faire de la prévention. Que ce soit par le biais d'actions collectives ou par la présence de professionnels de santé (médecin, infirmier, psychologue), la finalité recherchée est toujours l'orientation vers le système de droit commun et l'idée n'est absolument pas de se substituer à ce système.

Six mois pour rencontrer un psychiatre

De façon pragmatique, la présence même d'un psychologue au sein d'une structure non médicale peut être entendue comme un dispositif de prévention, justement parce qu'une partie de la population ne passe pas par un parcours médical classique. Le psychologue intervient alors en amont de situations conflictuelles, là où il est encore possible d'intervenir pour renouer un dialogue et éviter ainsi une rupture entre le jeune et son milieu de vie (parents, éducateurs, foyers, etc.). Le psychologue intervient également au moment de l'éclosion de certaines pathologies psychiatriques, à la post-adolescence, moment propice au déclenchement de certaines psychoses. L'intérêt est alors de permettre au jeune d'être pris en charge de façon adéquate pour éviter une dégradation massive de son état. Mais que penser des jeunes que nous recevons, qui n'ont jamais été pris en charge alors que leur état déficitaire n'est pas récent ? Bien sûr, les pathologies en dents de scie inscrivent le jeune dans un parcours émaillé de ruptures, de soignants efficaces ou non efficaces ; bien sûr, les structures de soins sont submergées de travail et pro-

posent des listes d'attente allant jusqu'à six mois pour rencontrer un psychiatre... que faire alors quand les psychologues présents en mission locale ont reçu l'injonction paradoxale de ne pas faire de soin mais de « *prendre en charge* » au travers d'une « *écoute psychologique* » et d'orienter ? Au regard de ce paradoxe, il devient évident que le bon fonctionnement du réseau de soin est essentiel pour rendre opérante la prévention en matière de santé psychique et plus largement en santé.

Ateliers et groupes de parole

En ce qui concerne les actions collectives en matière de santé au sein des missions locales, la problématique est tout autre. À la mission locale du Sud-Ouest 77, nous avons choisi une démarche participative des jeunes, c'est-à-dire « faire de la prévention pour les jeunes et par les jeunes ». Pour ce faire, ces actions se déroulent sur deux semaines par le biais d'un groupe de parole, d'une visite d'une structure sanitaire locale, d'un atelier documentation, d'un atelier techniques de communication, d'un atelier choix du message de prévention et de trois ou quatre ateliers de réalisation du support de communication. Les problématiques abordées dans ces différents ateliers sont essentiellement les drogues, les relations amoureuses et la sexualité. Le principe est d'avoir une approche qui implique les participants afin qu'ils deviennent acteurs de leur santé. Cela suppose de les laisser réfléchir sur une thématique donnée, puis de leur permettre de s'exprimer sur le sujet à des fins de trans-

mission d'un message auprès des pairs. L'idée est à chaque fois de transmettre des informations, de rencontrer les soignants d'un lieu de prise en charge sur le territoire, de faire réfléchir et de réaliser un support qui fait passer un message de prévention pour une population donnée. Dans ces actions, les jeunes sont libres dans le choix du message et du support sous réserve de contraintes techniques. Ils s'y inscrivent volontairement et sont encadrés par différents professionnels (assistant audiovisuel, chargé de documentation, référent santé, psychologue).

Sensibilisation sur les drogues

Depuis 2008, nous avons reçu le soutien de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) afin de réaliser dans les meilleures conditions une action autour des drogues, laquelle mobilise beaucoup de temps et d'énergie de la part des professionnels. Mais qu'en est-il de la mobilisation des jeunes sur ce type d'action ? L'on ne peut nier qu'il est difficile de mobiliser les jeunes sur ces actions, d'autant plus que nous avons fait le pari du volontariat. Quelques pistes de réflexion sont à

avancer par rapport à cette difficulté. D'une part, il ne faut pas oublier que le rôle des missions locales est avant tout axé sur l'insertion professionnelle. Il n'est donc pas toujours évident d'intéresser les jeunes à ces actions quand ils sont dans une recherche d'emploi ou de formation. D'autre part l'accès au soin – bien que difficile à mettre en place – répond directement à des besoins concrets et actuels de santé (problème de couverture maladie, etc.), alors que la prévention ou l'éducation en santé se situent davantage dans une réflexion, parfois même sur le long terme (conséquence du tabac dans plusieurs décennies, relations homme/femme, etc.). Soit dans un espace temps différent avec, en outre, une perspective d'intellectualisation plutôt qu'une réponse par un acte (ordonnance, consultation, etc.). On ne peut nier également que ces actions, qui abordent l'intime du sujet, peuvent faire écho à des situations personnelles difficiles.

Pour autant, l'aspect qualitatif de ces actions doit être souligné. Les jeunes gens qui font le choix de participer à ce type d'action montrent une réelle impli-

cation dans toutes les étapes du processus. Outre l'impact sur leur comportement à venir en matière de santé, ils développent leurs capacités de réflexion, de créativité et leur intégration au sein d'un groupe ; ce qui n'est pas sans évoquer une certaine similitude avec les situations de travail... Ils deviennent véritablement acteurs de leur santé, ce qui a un impact fort sur leur positionnement dans leur parcours de vie.

Il est vrai que l'aspect quantitatif de ces actions est perpétuellement à travailler. En revanche on ne peut passer sous silence l'impact positif que ces actions ont sur les jeunes participants, tant sur le plan de leurs comportements en matière de santé que sur le message qu'ils sont désormais capables de faire passer aux pairs mais parfois aussi à leurs parents... D'une manière plus globale, ces actions permettent d'amorcer le dialogue sur des sujets parfois tabous en famille ; le but est que les jeunes puissent identifier des solutions et des lieux d'écoute et de prise en charge.

Carol Deit-Susagna

Psychologue clinicienne,
mission locale Sud-Ouest, Seine-et-Marne.

Jeunes en difficulté d'insertion : un état de santé plus fragile

Les centres d'examens de santé ont réalisé une vaste étude de la santé des jeunes en difficulté d'insertion. Les conclusions sont nettes : ces jeunes sont en moins bonne santé tant physique que psychologique que la moyenne. Ils consomment davantage de tabac et d'alcool que leurs pairs bien insérés, sont socialement plus fragiles et ne bénéficient pas du même niveau d'accès aux soins. Seule une approche « pluridisciplinaire » de la santé peut améliorer la situation, soulignent les auteurs de ces travaux.

Dans son rapport de juin 1997 à la Conférence nationale de santé, le Haut Comité de la santé publique avait insisté sur les problèmes de santé et d'insertion sociale de la jeunesse française, notamment les jeunes en situation de précarité (1, 2). Des études récentes ont montré que la tendance était à l'aggravation de cette situation (3, 4). Les jeunes, qui ont été parmi les premiers touchés par la crise de l'emploi, ont un accès tardif au monde du travail (3). Ils sont particulièrement concernés par différentes formes d'emplois précaires (contrat à durée déterminée, missions d'intérim, stages ou contrats aidés) et cumulent des difficultés d'ordre social, économique et psychologique qui ont une répercussion sur leur santé (1). Cependant, l'état de santé et les comportements de ces jeunes demeurent peu connus. Leur observation n'est pas systématique, elle est locale ou ne prend en compte qu'une catégorie de jeunes en difficulté (5).

En 1982, ont été créées les missions locales pour l'emploi et les permanences d'accueil d'information et d'orientation (PAIO) afin d'aider les jeunes sortis de l'école sans qualification à surmonter les difficultés faisant obstacle à leur insertion professionnelle et sociale (6). La question de la prise en compte de la santé dans les parcours d'insertion professionnelle s'est posée dès leur création et des initiatives ont été prises par les missions locales (5). Les centres d'examens de santé financés par l'Assurance Maladie ont également participé activement à ces dispositifs, dans le cadre de la mise en œuvre de programmes prioritaires de l'Assurance Maladie en direc-

tion des populations en situation de précarité, notamment les jeunes en insertion professionnelle, associant un parcours médico-social aux parcours d'insertion professionnelle (7).

À la demande du Conseil national des missions locales, nous avons, à partir des données des centres d'examens de santé, mesuré la relation entre la situation de précarité socio-économique des jeunes confrontés aux difficultés d'insertion professionnelle et divers indicateurs : comportements et mode de vie, indicateurs psychosociaux de fragilité sociale, accès aux soins, santé perçue et mesurée. Dans ce but, nous avons comparé les jeunes en insertion suivis par les missions locales dans les centres au reste de la population de jeunes (étudiants, jeunes travailleurs), considérés comme « non précaires » et examinés dans les mêmes centres. Nous avons également testé l'hypothèse d'une interaction entre l'âge et la précarité, c'est-à-dire que les écarts observés entre sujets précaires et sujets non précaires seraient variables entre 16 et 25 ans. Cet article donne une sélection des résultats qui ont été publiés en détail par ailleurs (8, 9).

La population d'étude

La population étudiée est celle des jeunes en difficulté d'insertion professionnelle, âgés de 16 à 25 ans et ayant bénéficié d'un examen de santé entre 1999 et 2003. Ces jeunes ont été adressés aux centres par l'intermédiaire de différents organismes d'insertion ou partenaires tels que les missions locales jeunes, les PAIO, les centres d'hébergement et de réinsertion sociale, les centres de

formation d'apprentis, les foyers de jeunes travailleurs ou encore la Protection judiciaire de la jeunesse. La population de référence de jeunes dénommés « non précaires » est constituée de l'ensemble des jeunes âgés de 16 à 25 ans, étudiants ou exerçant une activité professionnelle et examinés pendant la même période. Les données utilisées sont celles recueillies systématiquement par les centres d'examens de santé (*voir Tableaux I et II pages suivantes*) (8, 9).

Les méthodes statistiques

La régression logistique a été utilisée pour comparer les prévalences des indicateurs entre jeunes en insertion et jeunes non précaires (8, 9). Les covariables du modèle étaient la précarité et les facteurs de confusion potentiels : âge, région d'habitation et année d'examen. Les interactions entre l'âge et la précarité ont également été testées. Les prévalences ont alors été recalculées à partir des modèles de régression logistique afin d'obtenir des « prévalences ajustées » sur les covariables. Ces prévalences ont permis le calcul de risques relatifs (RR) définis comme le rapport des prévalences (prévalences chez les jeunes en insertion/prévalences chez les jeunes non précaires).

Les résultats

Au total, 105 901 jeunes en difficulté d'insertion professionnelle (46 758 hommes et 59 143 femmes), âgés de 16 à 25 ans, sont comparés à 138 344 jeunes non précaires (55 820 hommes et 82 524 femmes).

Les résultats des comparaisons jeunes en insertion/jeunes non précaires

pour les indicateurs sélectionnés sont présentés dans les tableaux I (hommes) et II (femmes) : prévalences et risques relatifs. Pour certains indicateurs, les écarts entre jeunes en insertion et jeunes non précaires varient entre 16 et 25 ans (interactions âge x précarité statistiquement significative). C'est pour-quoi, pour ces indicateurs, les prévalences et les risques relatifs sont donnés à 16 ans et à 25 ans.

La lecture des tableaux montre que la situation d'insertion professionnelle est liée à la plupart des indicateurs étudiés, les jeunes en insertion présentant des risques plus élevés que ceux du groupe de référence :

- indicateurs de comportements : les risques relatifs les plus élevés, de l'ordre de 2,00 (l'indicateur est deux fois plus perturbé chez les jeunes en insertion que dans la population de référence), sont observés pour la consommation de tabac et d'alcool chez les plus jeunes. On note cependant que, chez les hommes les plus âgés, la consommation déclarée d'alcool est plus fréquente dans

le groupe de référence (RR = 0,80) ;
 - fragilité sociale : les risques sont élevés pour l'absence de loisirs (vacances, spectacle, sport), le recours à un travailleur social, le fait de ne pas vivre en couple pour les plus âgés, les difficultés financières, l'absence de liens familiaux et de possibilité d'aide matérielle ou d'hébergement ;
 - accès aux soins : les risques sont élevés pour le non-recours au médecin, au dentiste et pour l'absence de suivi gynécologique à partir de 20 ans (8, 9). On note cependant que, pour les plus jeunes, l'absence de suivi gynécologique est plus fréquent dans la population de référence (RR = 0,92).

Santé perçue et santé mesurée

Les écarts sont également importants pour la perception négative de la santé. Ce constat est important car la santé perçue est souvent utilisée comme indicateur global de l'état de santé, reflétant non seulement la santé réelle mais aussi les dimensions psychologique, culturelle et sociale de la santé (10-12). Plusieurs études ont démontré le caractère prédictif de cet

indicateur en matière de morbidité et de mortalité (10-12).

Les données de santé mesurées sont également perturbées : l'obésité chez les femmes, la maigreur chez les hommes à partir de 18 ans (8, 9) et le mauvais état buccodentaire. On note également l'apparition progressive d'une anémie de type microcytaire chez les femmes à partir de l'âge de 21 ans (8, 9). À l'opposé, les risques sont moindres pour l'obésité chez les hommes (RR = 1,38), la pression artérielle élevée chez les femmes (RR = 1,28) et la baisse de l'acuité visuelle (RR = 1,30). Enfin, il n'apparaît aucune différence entre les populations pour la maigreur chez les femmes (RR = 1,04) et la pression artérielle élevée chez les hommes (RR = 0,94) (8, 9).

Une population vulnérable

Cette analyse comparative permet de décrire la situation actuelle des jeunes engagés dans les dispositifs d'insertion professionnelle, par comparaison à celle des jeunes de même âge, actifs ou étudiants. À l'aide d'indicateurs variés,

Tableau I. Prévalences des indicateurs (%) et risques relatifs (RR) : HOMMES

	Âge	Jeunes insertion	Non précaires	Risques relatifs
Comportements et mode de vie				
Fumeurs actuels	16 ans	55,7	24,2	2,30
	25 ans	63,0	47,3	1,33
Alcool certains ou tous les jours de la semaine	16 ans	28,1	14,6	1,92
	25 ans	58,6	73,4	0,80
Pas de sport depuis un an	Ensemble	26,9	18,1	1,49
Fragilité sociale				
Pas de contacts avec un membre de la famille depuis six mois	Ensemble	18,9	9,6	1,98
Pas de possibilité d'hébergement en cas de besoin	16 ans	20,5	15,9	1,26
	25 ans	15,7	8,7	2,57
Ne pas vivre en couple	18 ans	93,3	94,7	0,99 (NS)
	25 ans	74,1	52,5	1,42
Accès aux soins				
Pas de consultation chez le médecin depuis deux ans	Ensemble	20,6	9,6	2,15
Couverture vaccinale non à jour	Ensemble	26,9	16,5	1,63
Santé				
Mauvaise santé perçue	16 ans	15,3	8,6	1,78
	25 ans	29,6	19,2	1,55
Pression artérielle élevée ou médicaments antihypertenseurs	Ensemble	7,5	8,0	0,94 (NS)
Maigreur (IMC<18,5)	16 ans	19,4	19,3	1,01 (NS)
	25 ans	6,1	3,5	1,72
Au moins une carie dentaire non soignée	16 ans	55,7	29,9	1,86
	25 ans	62,2	39,9	1,56

Tableau II. Prévalences des indicateurs (%) et risques relatifs (RR) : FEMMES

	Âge	Jeunes insertion	Non précaires	Risques relatifs
Comportements et mode de vie				
Pas de vacances depuis un an	Ensemble	45,6	26,1	1,75
Pas de spectacle ou cinéma depuis un an	Ensemble	30,5	16,6	1,84
Fragilité sociale				
Rencontrer de réelles difficultés financières dans le mois	Ensemble	26,9	15,4	1,75
Avoir déjà rencontré un travailleur social	Ensemble	38,7	9,9	3,92
Pas de possibilité d'aide matérielle en cas de besoin	Ensemble	35,2	17,5	2,01
Accès aux soins				
Pas de consultation chez le dentiste depuis deux ans	16 ans	26,2	15,3	1,71
Pas de suivi gynécologique régulier (< une fois/an)	16 ans	75,4	81,5	0,92
	25 ans	25,8	17,9	1,44
Santé				
Mauvaise santé perçue	16 ans	28,7	14,6	1,97
	25 ans	33,2	22,0	1,51
Pression artérielle élevée ou médicaments antihypertenseurs	Ensemble	2,5	2,0	1,28
Obésité (IMC > 30)	Ensemble	9,1	4,3	2,12
Anémie (Taux d'hémoglobine < 120 g/L)	16 ans	6,6	6,9	0,95 (NS)
	25 ans	9,7	6,1	1,60

• NS : non significatifs.

IMC (indice de masse corporelle) = poids/taillé

• La - prévalence - mesure la fréquence d'un indicateur, par exemple, à l'âge de 16 ans, la fréquence du tabagisme est de 55,7 % chez les jeunes en insertion et de 24,2 % chez les jeunes non précaires.

• Le risque relatif est le rapport des fréquences, par exemple, à l'âge de 16 ans, le tabagisme est 2,3 fois plus fréquent chez les jeunes en insertion que dans la population de référence (2,3 = 55,7/24,2).

elle met l'accent sur la situation critique de ces jeunes, tant sur le plan social que sanitaire, et révèle la vulnérabilité de cette population. Par ailleurs, l'étude des interactions avec l'âge met en évidence que les écarts de risques entre les deux populations varient avec l'âge, en s'aggravant pour les situations de fragilité sociale ou de non-recours aux soins, et en se réduisant pour certains comportements et la santé perçue.

Nous observons les nombreuses difficultés rencontrées par ces jeunes, tout particulièrement concernant la situation socio-économique, le niveau d'études, la santé et les comportements à risque, ou encore l'environnement psycho-affectif (loisirs, vie en couple, liens familiaux, possibilité d'hébergement et d'aide matérielle, recours au travailleur social, difficultés financières, santé perçue), montrant un risque de rupture sociale ou de précarisation. La fréquentation des lieux culturels (cinéma, spectacle) et les vacances sont aussi plus rares pour cette catégorie de jeunes. Ces résultats vont dans le sens des constats des acteurs de terrain en contact avec cette population (5).

Cet état des lieux montre qu'une amélioration de la situation actuelle 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. C'est pourquoi, sur l'initiative du Conseil national des missions locales et à la suite de la communication des résultats de la présente étude, une « charte de la santé des jeunes en insertion sociale et professionnelle » a été signée, en 2006, par les pouvoirs publics.

Jean-Jacques Moulin

Médecin, responsable de programme,

Émilie Labbe

Chargée d'études,

Catherine Sass

Chargée de mission,

Carine Chatain

Chargée d'études,

Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé (Cetaf),

Saint-Étienne,

Laurent Gerbaud

Professeur de santé publique, service de santé publique, CHU de Clermont-Ferrand.

► Références bibliographiques

- (1) Haut Comité de la santé publique (HCSP). *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes : ENSP, coll. Avis et rapports, 1998 : 346 p.
- (2) *Santé des enfants, santé des jeunes. Rapport adressé à la Conférence nationale de santé 1997 et au Parlement*. Paris : HCSP, coll. Avis et rapports, 1998 : 158 p.
- (3) Brin H. *Familles et insertion économique et sociale des adultes de 18 à 25 ans*. Paris : Journal officiel. Avis et rapports du Conseil économique et social, avril 2001(5) : 102 p.
- (4) Pauvreté et exclusion des jeunes. In : *Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Rapport 2000*. Paris : La Documentation française ; 2000 : 73-87.
- (5) Freire M.-C. *La santé et l'insertion des jeunes, contribution des missions locales*. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Délégation interministérielle à l'insertion des jeunes, 2001 : 127 p.
- (6) *Ordonnance n° 82-273 du 26 mars 1982 relative aux mesures destinées à assurer aux jeunes de 16 à 18 ans une qualification professionnelle et à faciliter leur insertion sociale*. Journal officiel, 28 mars 1982.
- (7) Ministère des Affaires sociales et de l'Intégration. *Arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé*. NOR : SPSS9202367A. Journal officiel n° 218, 19 septembre 1992.
- (8) Labbe E., Moulin J.-J., Sass C., Chatain C., Guéguen R., Dauphinot V., et al. *État de santé, comportements et fragilité sociale de 105 901 jeunes en difficultés d'insertion professionnelle. Rapport d'étude*. Saint-Étienne : Cetaf, 2005 : 48 p.
- (9) Labbe E., Moulin J.-J., Sass C., Chatain C., Guéguen R., Gerbaud L. *État de santé, comportements et environnement social de 105 901 jeunes en insertion professionnelle*. Pratiques et organisation des soins 2007 ; 38(1) : 43-53.
- (10) Bailis D.S., Segall A., Chipperfield J.G. *Two views of self-rated general health status*. Social Science & Medicine 2003 ; 56 : 203-17.
- (11) Singh-Manoux A., Martikainen P., Ferrie J., Zins M., Marmot M., Goldberg M. *What does self rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies*. J. Epidemiol. Community Health 2006 ; 60(4) : 364-72.
- (12) Singh-Manoux A., Dugravot A., Shipley M.J., Ferrie J.E., Martikainen P., Goldberg M., et al. *The association between self-rated health and mortality in different socioeconomic groups in the Gazel cohort study*. Int. J. Epidemiol. 2007 ; 36(6) : 1222-8.

Intégrer dans une trajectoire de soins ces jeunes en situation délicate

Joël Dutertre est médecin intervenant en mission locale, dans la région Ile-de-France. Il dresse un état des lieux de son travail quotidien, de la situation des jeunes qu'il rencontre en consultation. Ici, pas ou peu de prévention tant les situations relèvent d'une urgence d'accès au soin. D'où une priorité absolue qu'il essaie de donner à la gratuité des soins. Et la posture suivante : « Respecter le jeune y compris dans ses difficultés, travailler à partir de ses propres ressources pour susciter le changement, c'est la clé du premier échange. »

La consultation médicale à la mission locale de la Dhuis, en pleine cité des Bosquets (entre Montfermeil et Clichy-sous-Bois), surprend. Des jeunes qui ne croient plus à grand-chose franchissent un peu par hasard le seuil de la consultation, mais tous demanderont des soins (pour 60 % d'entre eux, trois orientations seront nécessaires). Or, un seul sur cinq a une protection sociale suffisante pour permettre l'accès au soin. En conséquence : des pathologies dégradées, non suivies, dans un contexte de plus ou moins grande précarité (un jeune sur dix est en errance). D'un côté, des situations consternantes, de l'autre, des pathologies avec souvent les mêmes questions qui reviennent, et des réponses à géométrie et efficacité variables.

En voici quatre exemples très résumés.

• **Amar**, à 18 ans, aura enfin des lunettes. La baisse d'acuité visuelle (un et deux dixièmes mesurés à chaque œil) est ancienne, déjà signalée à l'école, mais personne n'avait pu financer verres et monture.

• **Patricia**, 19 ans (maladie de Basedow), a maigri de douze kilos sans comprendre que l'abandon du traitement antithyroïdien, que sa famille ne pouvait plus financer, en était responsable.

• **Lila**, 18 ans, présente des maux de tête, sur des antécédents de glaucome bilatéral opéré. Là encore, abandon du traitement et du suivi spécialisé depuis six mois pour le même motif ; la maladie s'est aggravée avec une baisse de l'acuité, ce dont personne ne s'est ému.

• **Steven**, 19 ans, montre ses multiples lésions cutanées surinfectées, qui semblent évoquer une gale. Il avait visité les urgences, un mois plus tôt, pour cette raison, mais n'avait pu acheter le médicament prescrit. (*D'autres « parcours de vie » sont décrits à la fin de cet article.*)

Impact de la santé sur l'insertion

Ici, la santé impacte sur l'insertion deux fois plus qu'ailleurs¹. 54 % des jeunes reçus voient leurs chances d'insertion diminuer du fait de leur état sanitaire, lequel altérera l'état général si le soin est retardé. Pis, pour 21 % d'entre eux, l'insertion est impossible si la morbidité principale n'est pas sérieusement prise en charge. Ce groupe comprend les psychoses et les troubles graves de la personnalité, mais aussi des maladies chroniques mal suivies, mal stabilisées, mal acceptées et rencontrées le plus souvent sous leur forme sévère (par exemple, le diabète).

La protection sociale insuffisante est le nœud du problème. Seuls 13 % des jeunes ont une CMUc ; selon nos estimations, 20 % supplémentaires pourraient en bénéficier. Malgré la mise en place d'un accueil CPAM individualisé avec une professionnelle remarquable, le score n'augmente que de 7 %. Parmi les facteurs explicatifs de cet échec, des rapports difficiles avec les parents (en dessous de 25 ans, la demande doit prendre en compte la globalité des ressources du foyer) ou l'incapacité pour ceux-ci de comprendre la démarche. Autre fait méconnu : 9 % des jeunes ont une mutuelle (souvent parentale), mais plus de la moitié d'entre eux se refusent

le soin vu l'impossibilité d'avancer les honoraires.

Montrer que des solutions existent

Comme chez Toufik (*voir article page 27*), les composantes physiques, psychologiques (voire psychiatriques) et sociales sont volontiers intriquées, le processus d'exclusion peut lui aussi générer un système de représentations tenace. Dédramatiser, rassurer, montrer que des solutions existent est la première étape afin de faire prendre conscience au jeune qu'il peut revenir sans risque. Pointer trop abruptement une problématique comme par exemple un addiction pourra au contraire le faire fuir. Pour ces raisons, nous défendons une approche globale, respectueuse des freins existants, non centrée sur le symptôme. Une situation préoccupante doit aussi être abordée avec mesure : il s'agit alors de peser la demande, le besoin, les ressources, l'autonomie, la donnée culturelle et familiale, avant de s'embarquer dans l'accompagnement. L'entretien se conclut sur le mode d'une évaluation partagée : « Alors, à ton avis, on commence par quoi ? »

En matière de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), la situation est inquiétante et nous en sommes en partie responsables. Les jeunes craignent d'aborder le sujet, dont le test de dépistage. Probablement nous n'avons pas su communiquer autour de la sexualité et du plaisir, répondre à leurs angoisses autour de la relation amoureuse ou de l'acte sexuel, expliquer comment fonctionne l'appareil génital, quels sont les risques de grossesse.

Sabrina et sa copine parlent des rapports entre filles et garçons : « *Ça se passe souvent à l'arrache !* » Pas surprenant, chez ces garçons aux pulsions non maîtrisées, empêtrés dans des représentations erronées de virilité. Une autre approche préventive est indispensable.

Moyens insuffisants

Travailler sur la seule prévention est ici une erreur : à ce stade des dégâts, il nous faut être « curatifs ». Comment concrètement aborder le brossage dentaire en présence de dents que l'on ne saura ni soigner ni extraire, chez un jeune qui a déjà trois ou quatre pertes dentaires, qui par ailleurs a une telle honte de son état buccal qu'il préfère ne plus y penser ? La déclaration d'Alma-Ata (OMS 1978) disait aux pays en voie de développement : « *Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra de donner à tous les peuples du monde, d'ici à l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive* ».

Comment nous en sortons-nous ? Très mal. Seules de 30 à 40 % des orientations sont effectives, ce sont les soins les plus urgents que la mission locale finance en partie alors que ce n'est pas son rôle. La CMUC, vu son mode d'attribution, est un dispositif qui ne répond pas au besoin réel ; en son absence, les suivis sérieux sont impossibles. Nous sommes contraints au bricolage quotidien : parfois, il faudra téléphoner à dix praticiens (dentiste, ophtalmologue) pour obtenir un rendez-vous, puis perdre un temps considérable à négocier la facturation. Il arrive que le jeune « *lâche l'affaire* », comprenant qu'il soit si peu désirable.

Permettre un accompagnement psychiatrique est une épreuve : environ la moitié des psychoses ne sont pas suivies ; lorsqu'elles le sont, le soin se limite le plus souvent à la consultation mensuelle sans outil de socialisation et sans soutien des familles. La psychiatrie de secteur fait pourtant le maximum mais ses moyens sont insuffisants. Maintenir du lien mobilise les psychologues des missions locales – insuffisamment reconnu(e)s – avec la conscience d'atteindre les limites du cadre d'accueil.

Gratuité du soin

Malgré ce tableau sombre mais réaliste, des perspectives existent. En Seine-et-Marne, une convention entre la Caisse primaire d'assurance maladie et les missions locales permet la gratuité du soin (exonération du ticket modérateur avec dispense d'avance des honoraires) pendant douze mois et avec la mise en place de « parcours de soin » chaque fois que la CMUC ne peut être obtenue ou qu'elle tarde à l'être. Ainsi, un jeune vu au point Santé pour un abcès dentaire se verra-t-il aussitôt prescrire un antibiotique et son rendez-vous dentaire sera pris dans la foulée (l'attestation de prise en charge peut être faxée dans les quarante-huit heures). Ce modèle avait été proposé dans le cadre des « Expérimentations sociales » du haut commissaire aux Solidarités, Martin Hirsch. Malgré le soutien de l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France et de plusieurs spécialistes en santé publique, le projet n'a pas été retenu, en dépit d'un coût global inférieur aux différents systèmes d'aide à la mutualisation, et d'une opérationnalité validée.

Une seule approche : humaine

La plongée sur Clichy-sous-Bois et Montfermeil, peu glorieuse pour le système de soin « à la française » – ceux qui n'ont pas accès au soin sont aussi ceux qui en ont le plus besoin –, n'en est pas moins instructive : la forte morbidité dont souffrent les jeunes en difficulté d'insertion pourrait être discutée, or le taux de « handicap » la conforte (un jeune sur cinq bénéficiera d'un tel statut (RQTH² seule ou avec AAH³), comme la fréquence élevée (10 %) des affections de longue durée. Le phénomène résulte du biais de sélection : nous ne recevons que 8,5 % des jeunes de la mission locale, ceux dont la demande sanitaire est objective, qui ne visitant pas les libéraux se débrouillent

comme ils peuvent (automédications parfois dangereuses).

Les missions locales n'offrent-elles pas alors ce cadre remarquable pour mener une politique active de santé publique ? Nous y « captions » les publics cibles, les plus vulnérables, ceux déjà désocialisés qui viendront demander ici des aides alimentaires ou là des nuitées d'hôtel, ceux aux « conduites en creux » dont la fragile construction identitaire se révélera dans l'échec du parcours vers l'autonomie, ceux au devenir incertain à plus ou moins long terme. Selon nous, cette santé publique doit prendre en compte la réalité du terrain. La micro-analyse vaut tous les indicateurs. Au-delà du stade de prévention primaire, continuer à travailler aveuglément sur les grands axes de politiques ciblées nous semble une erreur.

Quelle autre approche ? Avant tout humaine. Travailler à partir des ressources du jeune (encore faut-il savoir les reconnaître) n'est-il pas plus efficace pour susciter le changement d'un comportement ? Respecter ce jeune, y compris dans ses difficultés, est la clef du premier échange. Si l'entrée sanitaire est importante pour initier une démarche vers un mieux-être, il en va de même pour tout accompagnement social : privilégier le travail clinique, l'observation, l'analyse, la remise en question constante. Proposer des vacations médicales en mission locale n'est pas idiot, il y a matière à construire avec l'existant. Mais, après l'alerte, les actes devront suivre les promesses, à moins qu'il ne faille fermer boutique et clore cette longue chaîne de désengagements que ne masquera pas l'afflux de plaquettes et de numéros Verts. « *La santé est un investissement* », dit-on, mais là où nous sommes, dépister et repérer pourrait être inutile, voire nocif, en l'absence des moyens qui permettraient le soin nécessaire.

Joël Dutertre

Médecin, point Santé Jeunes, mission locale de la Dhuis, Clichy-sous-bois/Montfermeil, Seine-Saint-Denis.

1. Comparée à la morbidité rencontrée dans deux missions locales de Seine-et-Marne, selon un même mode d'évaluation.

2. Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

3. Allocation adulte handicapé.

Toufik, Julien, Fadela, Jessica : parcours d'errance et espoirs

Le docteur Joël Dutertre a accepté pour *La Santé de l'homme* de présenter des « trajectoires de vie », traduisant la situation des jeunes qu'il rencontre en consultation. Les prénoms ont été changés pour respecter leur anonymat. La synthèse de ces parcours porte une lumière crue sur les difficultés rencontrées, les échecs. Avec parfois, aussi, les espoirs et les avancées.

Toufik : malade et en errance

Inquiet et agité, les mots explosent et se bousculent, il s'excuse car : « *Voilà, c'est comme ça, c'est dans ma mâchoire ou dans ma tête, des fois ça se bloque, je peux plus parler... ça m'arrive des fois souvent* »... « *c'est depuis que j'ai été bousculé par une voiture à 14 ans. J'ai perdu connaissance, puis en me réveillant j'ai refusé d'aller à l'hôpital, je me suis débattu. J'ai eu mal partout pendant des jours, encore aujourd'hui, c'est là ! (il montre son thorax). Des fois je peux plus respirer, surtout si je cours.* » Toufik, craignant s'il était hospitalisé les représailles d'un père violent qui le terrorisait, avait préféré fuir : « *J'allais souvent me cacher chez un copain, j'aurais voulu qu'on me fasse lire et apprendre, mais ça s'est bloqué, maintenant j'suis foutu.* »

C'est un jeune amaigri, insomniaque, fatigué, qui « *grappille* » pour manger. À l'examen de bouche, de nombreuses pertes dentaires dont il ne se plaint pas. À l'examen clinique, un asthme authentique, non traité. Toufik ne veut pas entendre parler de cette maladie qui lui fait peur : « *C'est vrai qu'on peut en mourir ?* » Il souhaite subitement me parler d'un problème à ses yeux très grave : « *Dès que je vois une "meuf", je peux pas m'empêcher de l'injurier, très violemment, surtout si elle est un peu dévêtue, même au niveau du cou ou des épaules – j'arrive pas à me contrôler – c'est plus fort que moi, j'crois que j'suis fou.* » À ses dires, aucun médecin ne visite la famille, sa mère serait « *ensorcelée* » depuis des années, elle a actuellement beaucoup maigri. Le foyer a éclaté depuis plusieurs années, suite à des expulsions successives (tapage nocturne). Depuis l'adolescence, il séjourne chez différents membres de sa famille mais y reste rarement plus de deux à trois jours. Sur le plan professionnel, il n'a effectué que de courtes missions d'intérim dans le bâtiment. Depuis trois mois, « *ça va moins bien !* », il s'inquiète des bêtises qu'il pourrait faire, comme son frère aîné, incarcéré.

Les points d'appel ne manquent pas, mais nous échouons dans nos entreprises. Toufik aurait dû bénéficier lui et sa famille d'une CMUC mais le dossier n'aboutira jamais vu l'impossibilité de réunir les justificatifs d'hébergement ou de revenus familiaux. Nous financerons ponctuellement des aéro-sols bronchodilatateurs mais, devant notre diffi-

culté à mettre en place son accès au soin, il reprendra son errance, avec ses troubles obsessionnels compulsifs et sa souffrance nourrie de culpabilité... Depuis quatre ans, Toufik vit une relation sentimentale douloureuse avec une jeune femme d'origine turque qu'il aimerait épouser... le beau-père refuse. Tous deux sont vierges.

Julien, Fadela : absence de soins précoces

Julien, 20 ans, est un jeune homme timide et émotif. De bas niveau scolaire, il est orienté vers le bâtiment. Malheureusement ses genoux « *enflent* » après trois heures de station debout. L'examen clinique objective des épanchements bilatéraux et la radiographie une atteinte osseuse arthrosique préoccupante pour l'âge. Les douleurs étaient signalées de longue date au médecin traitant, qui avait été peu attentif à son trouble de la position statique, d'origine congénitale. Il a fini par se taire, vivre dans le repli et devenir obèse. Il sera prochainement opéré à la Salpêtrière, mais les dégâts sont faits. Une reconnaissance de handicap viendra sanctionner cette absence d'un soin précoce.

Fadela, 23 ans, souriante et intelligente, est en échec d'insertion. Des troubles d'audition lui auraient fait perdre une embauche comme caissière. Elle n'a pas de mutuelle. Aucune aide de droit commun ne pourra être mobilisée malgré une réelle précarité, c'est la mission locale qui permettra l'exploration hospitalière notamment auditive, le scanner et l'avis spécialisé en payant les parts complémentaires (nous ne pourrions obtenir une participation du Pass hôpital ou du fonds de secours Cramif). L'histoire continue... L'hypocousie est congénitale, la seule réponse est l'appareillage. Or, le simple essai d'une audioprothèse n'a pu être réalisé, malgré la prescription hospitalière faite il y a neuf mois, vu l'impossibilité de délivrer le chèque de caution de 1 500 euros. Par ailleurs, elle présente une dysorthographe importante, pénalisante, dont personne ne s'était rendu compte. Enfant, ne supportant plus d'être appelée la « *sourdingue* », elle avait préféré simuler la normalité. Un retard des acquisitions qui a été négligé.

Jessica : soins inaccessibles

Jessica, jeune mère de 21 ans, souhaite obtenir une aide alimentaire pour son enfant de

2 ans. Il faut la questionner pour apprendre qu'elle-même ne s'autorise pas grand-chose : pain, lait, riz. Je propose un examen clinique qu'elle n'a pas eu depuis son accouchement, et découvre une abcédation de l'aine : du pus franc (adénite d'IST fistulisée) s'écoule depuis plus d'un mois qu'elle « *éponge* » avec un Kleenex glissé sous le slip. Elle dit ne pas pouvoir régler la consultation chez son médecin traitant ni pouvoir se présenter aux urgences car elle a déjà une dette hospitalière. Là aussi, la CMUC vient d'être refusée.

Séverine reprendra ses études de droit

Changement avec une migration sur un autre territoire, en Seine-et-Marne, où a été mis en place un dispositif particulier de prise en compte des questions de santé. Séverine, 20 ans, vit seule avec son père. Atteinte d'une maladie rénale, elle effectue de nombreux séjours hospitaliers depuis l'âge de 10 ans. Elle commet deux tentatives de suicide dont l'une sérieuse. Sa conseillère, inquiète, l'avait adressée en consultation. Je découvre une jeune femme déprimée, malgré un soutien psychologique hospitalier régulier, en hypothyroïdie (traitement abandonné / trop démunie pour acheter ses extraits thyroïdiens)... Mais les préoccupations profondes sont ailleurs : une malformation bénigne des seins qui la complexe terriblement et de multiples scarifications et tatouages qui couvrent ses épaules, ce dont elle a honte. La nudité est inenvisageable, même devant le médecin.

La CMUC ne peut être accordée mais, grâce au dispositif TP1¹, elle est opérée des seins, le traitement thyroïdien est repris, une intervention est aussi en vue sur les scarifications et du laser sur les tatouages. Elle accepte enfin de reprendre son suivi néphrologique hospitalier, lui aussi interrompu.

Au total, un changement radical de dynamique chez une jeune femme qui se projette désormais sur l'avenir avec appétit. Séverine reprendra des études de droit pour devenir avocate ou magistrate. À l'évidence, cette jeune femme brillante y parviendra. La réussite du parcours de soin y aura contribué.

1. Dispositif de prise en charge 100 % décrit plus haut.

Entretien avec Xavier Pommereau, chef de service, responsable du pôle aquitain de l'adolescent, centre Jean-Abadie¹, Bordeaux.

« Les reconnaître pour qu'ils puissent exister »

Comment prendre en charge les jeunes en difficulté d'insertion ? Xavier Pommereau, psychiatre des hôpitaux, les reçoit au jour le jour depuis longtemps au pôle adolescents du CHU de Bordeaux. Il souligne qu'il ne faut pas cristalliser sur l'accès aux soins, fondamental, car les professionnels – et en particulier les psychiatres – ont un rôle majeur à jouer pour « combattre le sentiment de non-existence identitaire qui les ronge ». À Bordeaux, il a mis en place des groupes d'information réunissant de huit à douze jeunes, animés par des professionnels. Les résultats obtenus – instauration d'un dialogue, possibilité de lever certaines craintes – interpellent sur ce qu'il est possible de faire.

La Santé de l'homme : Parmi vos patients, avez-vous beaucoup de jeunes en situation de précarité et de difficulté d'insertion professionnelle présentant des problèmes de santé physique et psychologique ?

Docteur Xavier Pommereau : Nous en avons évidemment une proportion importante mais, quand j'entends le mot précarité, je me dois de mettre tout de suite l'accent sur un fait fondamental. Au centre Jean-Abadie, nous recevons des jeunes qui, pour la plupart, sont à la fois en situation de précarité matérielle et en situation de précarité des liens – sociaux, familiaux – et des relations affectives. Et nous observons tout simplement que l'un vient en quelque sorte aggraver l'autre. C'est pour cette raison que j'ai souvent envie de mettre le mot précarité au pluriel. Pour que nous ayons bien à l'esprit le fait que les jeunes que nous rencontrons, dans nos consultations, sont d'abord dans une grande difficulté identitaire avec ses conséquences matérielles, sociales, affectives.

S. H. : La précarité, telle que nous la nommons dans sa composante sociale, serait en somme avant tout l'expression d'un malaise plus profond ?

Notre service, qui prend notamment en charge des adolescents suicidaires,

reçoit environ trois cents jeunes par an ; or, la moitié est en situation de grande vulnérabilité. Mais, si nous regardons bien les choses, ils ne sont pas forcément dans des situations de très grande précarité matérielle. Nous n'avons pas beaucoup de jeunes qui, par exemple, n'ont pas de domicile ou qui vivent dans la rue, totalement sans aucun moyen. Nous recevons des jeunes qui vont de galère en galère. En général, ils multiplient les situations de mise en échec sur le plan précisément de l'insertion. Ils ont été renvoyés de leur établissement scolaire, ils sont en rupture avec leur environnement familial, en révolte. Mais ils ne sont pas, comme nous aurions tendance à l'imaginer, à la rue. En revanche, tous sont dans une situation de non-reconnaissance identitaire. C'est-à-dire qu'ils ont tous le sentiment que tout le monde s'en fiche. Que personne ne prend en compte leur désespoir ou leur détresse. Que personne ne les écoute. Certains nous disent « *qu'ils sont transparents* », c'est terrible. Encore une fois, le mot précarité mérite d'être précisé car nous avons trop tendance à le représenter du seul côté matériel. Prenons un jeune à la rue mais encore fort, psychologiquement. Celui-ci est moins vulnérable qu'un autre qui n'en est peut-être pas arrivé à cette extrémité mais qui doute de sa reconnaissance par le corps social.

S. H. : Comment des jeunes arrivent dans votre consultation de psychiatrie ? Par qui vous sont-ils adressés ?

Rarement par un médecin, il faut bien l'admettre. Et, contrairement à tout ce que nous avons essayé de mettre en place en termes de formation, nous avons peu de médecins généralistes qui nous adressent des patients. Moins de 15 % des patients nous sont adressés par un médecin, qu'il soit spécialiste ou généraliste, d'autres sont aiguillés par les services sociaux, les infirmières scolaires, des enseignants. Surtout, nous avons beaucoup de jeunes qui nous sont envoyés par leurs pairs, donc d'autres jeunes, ils sont aussi nombreux que ceux qui nous sont adressés par le canal médical. Il n'est pas rare qu'une adolescente amène son copain ou son ex-copain à notre consultation. Ce mécanisme de parrainage, appelons-le comme cela, est selon nous très efficace. À tel point que nous avons créé, début 2008, un groupe extérieur à l'attention des jeunes gens qui, par exemple, ne seraient pas encore capables de formuler une demande de consultation psychologique mais qui voudraient savoir comment fonctionne notre centre.

S. H. : Pourquoi les médecins vous adressent-ils peu de jeunes ? Est-ce

pour des raisons économiques (coût d'une consultation) ou autres ?

La réponse est complexe et plurifactorielle. La question de l'accès est sans doute un problème sinon de formation, du moins de positionnement médical. Nous avons trop l'illusion que finalement, l'aide, c'est proposer un diagnostic et un traitement immédiats. Il faudrait aussi que nos collègues médecins aient bien à l'esprit le fait que l'on ne soigne pas seulement avec des paroles et des médicaments. Nous soignons aussi avec une implication plus forte d'un sujet dans son corps social, y compris pour des personnes malades. Nous le savons maintenant : le devenir d'un jeune schizophrène va évidemment dépendre de son traitement médicamenteux mais aussi de sa capacité à pouvoir s'insérer dans un dispositif le plus socialisé possible.

S. H. : Vous avez évoqué la création d'un groupe extérieur. Ce groupe est-il intégré dans un parcours de soin ? Comment fonctionne-t-il ?

Pour certains adolescents ou jeunes adultes, le psychiatre fait encore peur. Comme si, à notre contact, ils craignaient d'être catalogués, étiquetés, jugés en quelque sorte. Ils sont également persuadés que nous ne savons répondre à leurs demandes que par des prescriptions de cachets ou de médicaments : cela, ils le refusent. Ce groupe

est pluridisciplinaire et animé par un de mes collaborateurs. N'importe quel jeune a la possibilité de venir, y compris le jour de la réunion. Il suffit de se présenter au secrétariat et de vouloir y participer. Toutes les questions peuvent être abordées : qu'est-ce qu'une psychothérapie ? C'est quoi « être hospitalisé » ? Combien de temps ? À quoi ça sert ? Des questions posées en groupe qui ne le seraient vraisemblablement pas en tête à tête. Le groupe accueille entre huit et douze jeunes gens. Il se réunit très fréquemment et, ce qui compte pour nous, c'est de combattre la rumeur. Celle-ci est très prégnante chez les adolescents et jeunes adultes. Il est très important de faire savoir que le centre Jean-Abadie est un endroit où nous n'enfermons pas les jeunes, nous ne les attachons pas, nous ne les droguons pas... Je vous livre ces expressions telles quelles car elles sont souvent entendues comme témoignages de leurs craintes. C'est toujours pour moi incroyable de constater cette peur d'être cadenassé au sens propre comme au sens figuré, à la fois dans un diagnostic ou dans une attitude. Il est vrai aussi que certains ont connu une expérience malheureuse en matière d'accueil psychiatrique.

S. H. : Comment améliorer la situation de ces jeunes ? Faut-il, par exemple, privilégier l'accès aux soins ?

Selon moi, le point le plus déterminant est de combattre ce sentiment de

non-existence identitaire qui ronge ces jeunes. Ce point doit concentrer toute notre attention. Tout ce qui permet de reconnaître un sujet, de lui reconnaître un projet, de lui reconnaître une place, tout cela est favorable et « préventif » en termes de mal-être et de tendance suicidaire. L'analyse peut choquer mais nous sommes dans une société qui pratique une sorte d'assistanat passif ; nous serions prêts à conduire de force les « sans domicile fixe » dans des foyers, alors même que nombre d'entre nous ne les reconnaissent pas autrement que « dérangeants » pour le passant ordinaire. N'ont-ils pas besoin que nous les considérions d'abord comme des sujets, avec des projets, des envies ? Encore une fois, il y a place pour chacun dans le corps social. Il est donc nécessaire de mener des actions en direction de jeunes gens, leur permettant d'avoir le sentiment d'exister. Nous avons certainement des efforts à faire, y compris dans les dispositifs dits sanitaires. Je suis prêt à participer avec les acteurs sociaux à des rencontres pour inciter ces jeunes à se mobiliser autour de projets.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

1. Centre Jean-Abadie – CHU de Bordeaux – 89, rue des Sablières – 33077 Bordeaux Cedex.

Un enjeu majeur : prendre en compte la souffrance psychique des jeunes

Souffrance et mal-être sont le problème de santé numéro un des jeunes en situation de précarité ou d'exclusion. Christis Demetriades, psychologue clinicien, souligne la nécessité de comprendre ces souffrances et avance des propositions pour mieux les prendre en compte.

Le réseau des missions locales constitue, depuis sa création, un observatoire permanent de la situation des jeunes et un lieu privilégié d'émergence de nouvelles pratiques d'accompagnement, qui articulent le social et le professionnel pour construire avec ses partenaires la pierre angulaire de son travail, *l'approche globale*.

Dans un contexte d'augmentation du chômage et de pressions pour atteindre des résultats chiffrés en matière de placement à l'emploi, avec la multiplication des mesures qui ciblent, tantôt une partie du public, tantôt certaines zones et quartiers – ce qui comporte des risques de cloisonnement et de stigmatisation –, l'axe santé de l'action des missions locales est le garant de cette approche globale et le dernier rempart contre la tentation d'une gestion sur un mode opératoire, qui focaliserait uniquement sur la partie la plus manifeste des difficultés des jeunes.

La prise en compte de la souffrance et du mal-être des jeunes, identifiés depuis les années 1990-1995 comme le problème de santé le plus préoccupant de cette population, a ouvert un champ de recherches et de développement de nouvelles « pratiques cliniques »¹ qu'il s'agit maintenant de capitaliser pour en extraire les enseignements majeurs en matière de théories du soin psychique et de « clinique psychosociale »².

Quinze ans après la parution du rapport Strohl-Lazarus, « une souffrance qu'on ne peut plus cacher », qui a mis en lumière les souffrances particulières de certaines personnes en situation de précarité ou d'exclusion et a insisté sur la nécessité de mieux comprendre ces souffrances et d'apporter des réponses adaptées ; dans un contexte général d'érosion des protections sociales et de

vulnérabilisation des statuts sociaux qui touche l'ensemble de la société (1) ; les nouvelles pratiques cliniques de la précarité se comprennent dans une perspective générale de prise en compte de la perte de la confiance en l'autre, en soi-même et en l'avenir (2). Par conséquent, les conclusions de ces pratiques peuvent trouver des applications qui vont bien au-delà de la seule prise en compte de la souffrance des exclus et des précaires.

Les réflexions qui suivent s'appuient sur ma pratique clinique dans les missions locales du Rhône depuis quinze ans, les échanges au sein du groupe Rhône-Alpes des psychologues missions locales, du réseau régional de Bourgogne et du réseau national Psymel³, mais aussi sur les pratiques sociales d'éducateurs et d'agents de santé telles qu'elles se déclinent dans le cadre de dispositifs d'analyse de la pratique.

Trois constats majeurs

En postulant la notion de *souffrances d'exclusion* pour décrire les souffrances narcissiques et identitaires (3) qui se réactivent et se déploient sur la scène de l'insertion, force est de constater que ces souffrances sont à la fois l'origine et la conséquence des processus répétés d'exclusion.

Ces souffrances s'expriment dans les institutions socio-éducatives et auprès d'intervenants du champ social, de la santé et de l'humanitaire. Elles peuvent se comprendre dans une relecture analytique de ce qui se joue dans la relation d'accompagnement entre un sujet et un travailleur social ou un acteur de l'éducatif et de la santé.

Les souffrances d'exclusion nécessitent pour être interrogées, analysées et prises en compte, la mise en place de dispositifs cliniques particuliers dont

nous essaierons de décrire brièvement quelques caractéristiques constantes.

Les souffrances d'exclusion

Depuis les travaux du réseau Rhône-Alpes, nous savons que les jeunes rencontrés par des psychologues en mission locale sont confrontés à des échecs répétés dans leur parcours d'insertion et sont en situation plus précaire que la moyenne des jeunes suivis en missions locales. Ils ont le plus souvent déjà rencontré des « psy » sans jamais réussir à garder dans la durée un lien avec un soignant. Ils ont vécu d'importants événements traumatogènes à l'enfance ou l'adolescence. Il s'agit d'une population dont les pères sont très souvent (30-50 %) décrits comme absents ou alcooliques/violents et les mères sont décrites comme dépressives, absentes, décédées ou malades (20-40 %). Ces jeunes ont souvent subi des violences ou des maltraitances (30-50 %). Ils présentent rarement des délires ou hallucinations, mais très fréquemment des conduites à risque, avec en premier lieu les tentatives de suicide (30-50 %), puis diverses addictions toxiques.

Les études grandeur nature menées par le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé (Cetaf) avec le groupe national de travail animé par le Conseil national des missions locales devraient permettre de mieux mesurer la fréquence de ces symptômes et d'établir plus clairement les corrélations entre précarité sociale et troubles psychiques qui sont mises en lumière par la notion de souffrances d'exclusion.

Les enjeux de la relation d'accompagnement

Les missions locales sont investies par ce public de par la diversité des moyens et des mesures qu'elles peuvent mobili-

ser en matière de formation, d'emploi et d'aides sociales. Elles ont une fonction de médiation qui est contenue dans leur tâche primaire : favoriser le passage de la vie d'adolescent à celle d'adulte, du quartier à celle de la société dans son ensemble. Elles ont également un mode d'organisation qui soutient une fonction de fil rouge dans l'accompagnement des jeunes en souffrance d'exclusion : chaque jeune est accompagné dans la durée par le même professionnel référent, dit conseiller en insertion.

La relation d'aide qui s'instaure entre le jeune et son conseiller-référent est avant tout fondée sur la confiance. Le conseiller doit, tel un généraliste de l'insertion, prendre soin des articulations entre les différents dispositifs et les professionnels qui interviendront dans le parcours du jeune, mais aussi le soutenir dans son effort pour créer une cohérence entre son projet et son orientation professionnelle, son état de santé, ses conditions d'hébergement, son degré d'autonomie. La relation avec le conseiller constitue pour les jeunes en souffrance narcissique un étayage important pour aborder les épreuves de réalité du processus d'insertion.

La permanence de ce lien dans la durée est soutenue par l'introduction progressive par le conseiller de diverses interventions et « objets sociaux d'insertion » (formation, aides financières, logement, emplois aidés). Le conseiller observera l'appropriation, le rejet ou l'attaque de ces objets par le jeune, ce qui pourra lui permettre de repérer et de nommer certaines répétitions, de reconnaître certains mouvements de réparation et de rétablir une continuité et une historicité dans un processus marqué de ruptures et d'échecs répétés.

Plus la souffrance narcissique du jeune est grande, moins il sera capable de profiter de cette *aire intermédiaire* proposée par les objets sociaux d'insertion, et plus la relation conseiller/jeune deviendra le théâtre de comportements et de conduites de séduction et d'attaque/fuite, qui doivent être repérés pour permettre au conseiller de trouver la bonne distance et de survivre à la destructivité déployée par le jeune.

Les souffrances d'exclusion deviennent ainsi intelligibles dans le cadre de la relation « transféro/contre-transfèrent

tielle » d'accompagnement. En empruntant ce terme au vocabulaire psychanalytique, nous souhaitons mettre l'accent sur la réactualisation dans la relation d'accompagnement des vécus du jeune issus de son histoire infantile ou de son adolescence. Ainsi, le terme « transfert » indique que le jeune va répéter et mettre en scène des comportements, des attitudes et des affects issus de ses prototypes infantiles, très souvent de ses relations avec ses parents. Le terme « contre-transfert » indique que le travailleur social va, lui aussi, à son insu, réactualiser et remettre en scène des comportements et attitudes que le jeune a déjà rencontrés dans son environnement lors de ces expériences infantiles. Dans une acception plus récente, nous dirons même que le travailleur social éprouvera parfois des sentiments et des émotions *en lieu et place* du jeune. Par exemple, lorsque le jeune se met en échec de manière répétée et reproduit des conduites à risque, le travailleur social peut éprouver des sentiments de culpabilité, de honte, de colère ou de découragement en lieu et place du jeune et se sentir en échec dans son travail. Nous parlerons alors de « transfert par dépôt » (4, 5).

Nous mettons en place des dispositifs de réflexion, d'élaboration ou d'analyse de la pratique pour permettre aux professionnels de prendre du recul dans l'accompagnement et de comprendre non seulement le sens des comportements et des attitudes des jeunes, mais aussi ce que certains découragements et sentiments de culpabilité des professionnels peuvent révéler de la problématique de ces jeunes. Il s'agit pour les professionnels de trouver la bonne distance, ni trop proche ni trop loin, celle qui permettra au jeune d'intégrer ses difficultés et ses échecs comme faisant partie de son propre

processus de construction narcissique et identitaire et non de son lien avec son référent social.

Nous proposons, par ailleurs, à ces jeunes des entretiens pour réfléchir sur leur situation et des dispositifs groupaux animés par des psychologues.

Dispositifs médiums malléables

Comment aider ces jeunes à se restaurer et à s'inscrire dans le lien social ?

Depuis la mise en place de postes de psychologues dans de nombreuses missions locales, ces jeunes investissent fortement les entretiens cliniques et les groupes à médiation que nous leur proposons alors qu'ils n'arrivaient pas à maintenir le lien avec les institutions de soins psychiques.

Nous nous sommes attachés à dégager les *caractéristiques de ces dispositifs* qui pourraient intéresser plus largement toute la clinique psychosociale :
– ils sont emboîtés dans des institutions du social qui ont une fonction de médiation et une fonction de fil rouge ;
– la demande du jeune de rencontrer un psychologue est étayée et soutenue par un référent social investi de ce que nous pourrions qualifier de fonction maternelle primaire (6, 7). Si nous acceptons de penser que les « objets sociaux d'insertion » (la formation, les aides financières, le logement, l'emploi) ont pour ces jeunes des fonctions similaires à celles des jouets pour les enfants, en ce qu'ils leur permettent de jouer et de s'appropriier l'environnement qui les entoure ; nous pouvons dire que face à des jeunes qui jettent et cassent leurs jouets (leurs objets sociaux) et multiplient les actes autodestructeurs, leur référent social doit proposer avec insistance une rencontre avec le psychologue. Il s'agit de soutenir la pulsion d'au-

toconservation d'un jeune qui se met en danger. L'espace clinique (l'entretien ou le groupe animé par le psychologue) peut alors être pensé comme un objet médiateur dans la relation entre un référent social et un jeune. Il sera attaqué, critiqué, « mordu », « lancé », détruit par le jeune, comme dans le jeu de la spatule décrit par D.W. Winnicott (nous y reviendrons). Il importe alors que le référent social comprenne le sens de ces attaques pour qu'il soutienne le travail clinique pendant le temps nécessaire à l'expérience du « détruit/trouvé »⁴ (8). Par conséquent, la relation clinicien/travailleur social se trouve transformée, dans la symétrie d'un travail d'équipe qui pose la question du secret partagé entre le psychologue et les travailleurs sociaux ;

– le clinicien est traversé dans ces lieux par l'injonction paradoxale d'accueillir la souffrance sans « faire du soin ». Dans l'inconfort de cette position, le « *je vous écoute* » de l'asymétrie relationnelle du travail psychothérapeutique, laisse la place au « *nous allons essayer de comprendre ensemble ce qui vous met en difficulté* », qui signifie la co-présence de deux acteurs construisant ensemble un espace intermédiaire. Le clinicien quitte la posture habituelle de silence bienveillant, qui était le plus souvent vécue pas ces jeunes comme de l'indifférence et de la froideur et constituait le nœud des reproches des travailleurs sociaux à l'égard des « psy ». Le clinicien est actif dans la construction du lien, il avance ses liens et associations, entend, écoute, observe et réajuste. Il relance le jeune par courrier ou par téléphone lorsqu'il s'absente de ses rendez-vous. En passant du paradigme de la bobine chez S. Freud⁵ à celui de la spatule chez D.W. Winnicott⁶ et, plus loin encore, au jeu du coucou⁷, l'attitude du clinicien se transforme pour intégrer toutes les composantes d'un médium malléable (9) ;

– les absences et les retards aux rendez-vous sont très fréquents et imposent au clinicien de considérer les modalités temporelles du dispositif clinique (durée du suivi, fréquence, horaire, durée de l'entretien) comme faisant partie de sa fonction conteneur et non de sa fonction cadre (10). La « fonction conteneur » englobe tout ce qui peut être transformé, adapté et réajusté dans le dispositif, en opposition à la « fonction cadre » qui définit ce qui doit rester immobile, fixe et silencieux. En maintenant le rythme, la fréquence et la durée du suivi du côté

transformable et malléable du dispositif, nous pouvons les réajuster et les adapter au rythme du jeune, ce qui peut permettre d'intégrer les présences et les absences, les ruptures et les retrouvailles comme faisant partie du processus de constitution d'un lien interne permanent à l'objet. C'est pourquoi nous proposons comme cadre la permanence d'un dispositif clinique à durée « suffisamment limitée », un paradoxe qui intègre une double butée, de satisfaction et de limite, et peut permettre au sujet d'exercer et mettre en jeu son travail d'emprise sur le rythme et la temporalité.

Vus du côté des jeunes en souffrance d'exclusion, nombre de nos dispositifs praticiens paraissent comme des jouets (D.W. Winnicott parle, en anglais, de « *games* ») aux règles bien définies, alors même que le travail clinique avec ces jeunes consisterait à rétablir la capacité à jouer (D.W. Winnicott parle de « *playing* »).

À constater la diminution des passages à l'acte et des hospitalisations en psychiatrie pour ce public lorsque ce type de clinique articulant le travail social et le travail de soins dans le cadre de réseaux psychosociaux s'installe sur un territoire, nous ne pouvons que conclure sur l'enjeu politique majeur que constitue la prise en compte de la souffrance de ces jeunes en perte de confiance de l'avenir. Il s'agit d'un *devoir d'avenir*.

Christis Demetriades

Psychologue en mission locale
de Villeurbanne,
maître de conférences
associé à l'université Lyon-2.

1. Nous employons le terme « pratiques cliniques » pour décrire toutes les pratiques mises en place par des cliniciens, qui sont généralement des psychologues d'orientation psychanalytique, mais aussi d'autres acteurs du soin psychique. Ce terme englobe à la fois les dispositifs et les modes d'intervention de ces cliniciens, les cadres de travail que nous proposons et les attitudes et postures que nous adoptons dans l'accueil, l'accompagnement et la prise en compte des souffrances des publics.

2. Nous empruntons ce terme à Jean Furtos et à toute l'équipe de l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité. Il décrit toutes les pratiques cliniques qui ne se centrent pas seulement sur la personnalité du sujet isolé de son environnement, comme en psychiatrie classique, mais aussi sur le rapport du sujet à la société et au contexte socioculturel.

3. Réseau de psychologues intervenant en missions locales, auquel participent une centaine de profes-

sionnels. Il nous permet de partager nos interrogations, nos réflexions, nos textes et nos articles et d'organiser des séminaires nationaux centrés sur nos pratiques cliniques.

4. Dans l'expérience du « détruit/trouvé », le bébé découvre que sa rage et sa destructivité contre sa mère pour son absence ou son inadaptation momentanée à ses besoins, ne la tuent pas dans la réalité, puisqu'elle revient vers lui. En détruisant sa mère (dans sa tête), il la re-découvre – il la trouve – dans son externalité et il commence à différencier ce qu'il éprouve au dedans de ce qui se passe dans la réalité du dehors. Ainsi, il fait l'expérience que le fait d'éprouver de la haine ou de la rage n'est pas très dangereux, puisque l'objet survit à sa destructivité et manifeste son extériorité, il n'est pas sous le contrôle de sa toute-puissance imaginaire.

5. Dans le jeu de la bobine (S. Freud. Au-delà du principe de plaisir. In : Essais de psychanalyse. Paris : Payot, 1981 : 58-9). Un enfant de un an et demi joue dans son berceau à lancer (hors de sa vision)/ramener une bobine qu'il tient attachée à une ficelle. L'enfant représente dans ce jeu l'alternance de présence/absence de la mère et ses capacités à retenir activement la bobine (le lien à l'objet/la ficelle).

6. Dans le jeu intersubjectif de la spatule (D.W. Winnicott. Jeu et réalité. Paris : Gallimard, 1975 : p. 70.). Un enfant de 12 mois, en consultation, mord le doigt du thérapeute, puis joue à mordre et à jeter des spatules par terre. Le jeu ne s'installe que grâce à l'introduction de l'objet de médiation (la spatule) et sa restitution incessante par le thérapeute. C'est ainsi que se constitue la ficelle du jeu de la bobine, c'est-à-dire la préconception du lien indestructible avec l'objet. Le thérapeute « apprend » à l'enfant à jouer.

7. Dans la forme précoce du jeu de coucou décrite par R. Roussillon (Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique. Paris : Puf, 1995 : p.191). La mère et/ou le nourrisson se cachent les yeux : la réapparition s'accompagne de jubilation. La question du lien n'est pas posée. Le jeu porte sur la continuité de soi.

► Références bibliographiques

- (1) Castel R. Les métamorphoses de la question sociale. Paris : Gallimard, coll. Folio/ Essais, 1995 : 809 p.
- (2) Furtos J. Les cliniques de la précarité. Paris : Masson, 2008 : 284 p.
- (3) Roussillon R. Agonie, clivage et symbolisation. Paris : Puf, 2001 : 245 p.
- (4) Vacheret C. Les configurations de lien, la chaîne associative groupale et la diffraction du transfert. La revue de psychothérapie psychanalytique de groupe n° 45, Èrès, 2005 : 216 p.
- (5) Vacheret C. Photo, groupe et soin psychique. Paris : Puf, 2000 : 202 p.
- (6) Winnicott D.W. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot, 1969 : 464 p.
- (7) Winnicott D.W. Jeu et réalité. Paris : Gallimard, 1975 : 212 p.
- (8) Roussillon R. Paradoxes et situations limites de la psychanalyse. Quadrigé/Puf, 2001 : 258 p.
- (9) Roussillon R. Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique. Paris : Puf, coll. Le Fil rouge, 1995 : 245 p.
- (10) Kaës R. Crise, rupture et dépassement. Paris : Dunod, 1979 : 291 p.

Douaisis : une approche globale santé pour faciliter l'insertion des jeunes

Dans le Douaisis, la mission locale – en lien avec la programmation régionale santé des jeunes en insertion dans le Nord-Pas-de-Calais et avec le soutien du comité régional d'éducation pour la santé – a mis en place un dispositif pour promouvoir la santé des jeunes en difficulté. L'embauche d'un psychologue est un élément clé qui a permis aux professionnels de mieux intégrer une approche globale de santé au profit des jeunes qui cherchent un soutien auprès des missions locales. Comme en Ile-de-France, les professionnels des missions reçoivent une formation spécifique « santé ».

La mise en œuvre d'un dispositif de promotion de la santé dans la mission locale du Douaisis (Nord) mérite un retour en arrière pour être comprise. Dans les années 1990, les huit permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO) du Douaisis – qui formeront la mission locale du Douaisis, à partir d'octobre 2000 – ne bénéficiaient pas encore de programme d'actions spécifique autour de la santé. Les jeunes accueillis témoignent pourtant de situations souvent complexes, liées au chômage, au mal-être, à l'absence de ressources, aux difficultés de santé, de logement, etc. De plus, les comportements de certains grands ados ou jeunes adultes – mutisme, repli sur soi, attitude défensive, mise en échec de tout

accompagnement ou aide – peuvent désorienter le conseiller de mission locale, qui éprouve des difficultés à répondre aux besoins.

Constat des besoins

Face à ces problématiques, les conseillers des missions locales ont dressé un premier constat de leurs besoins : comment aborder la question de la santé avec le jeune et répondre à leurs demandes ? Quelles sont les compétences nécessaires et comment les améliorer ? Vers quels partenaires de santé orienter les jeunes ? Pour y répondre, nous avons orienté notre action santé autour de trois axes :

– identifier les partenaires santé du territoire ;

– recueillir avec eux les besoins et les attentes des jeunes ;

– élaborer avec le comité régional d'éducation pour la santé (Cres) un programme de formation au bénéfice des professionnels des PAIO, puis de la mission locale du Douaisis (qui réunit 64 communes et accueille environ 7 000 jeunes par an).

Une initiative déterminante nous a permis d'aller de l'avant à la fin de la décennie 1990 : une première série de rencontres avec le service de prévention santé (SPS) du département du Nord afin d'expliquer les missions de chacun, d'échanger sur les difficultés des jeunes et des conseillers et envisager les réponses à y apporter. Très productives, elles se sont déroulées alternativement au service de prévention santé et en missions locales pour faire aussi connaissance avec les différents lieux d'accueil des jeunes.

D'autres rencontres ont par la suite été organisées avec le service de prévention santé, y compris pour arrêter les modalités du partenariat : savoir qui fait quoi, quand et comment interpellier, assurer un suivi des orientations, etc. Une relation de partenariat s'est ainsi construite entre les missions locales et le service de prévention santé. Puis, entre 1997 et 1999, le comité régional d'éducation pour la santé (Cres) a procédé à un état des lieux de l'activité en santé des missions locales et PAIO. À la suite des entretiens réalisés dans le cadre de cette étude, une aide précieuse nous a été apportée par le Cres

Région Nord-Pas-de-Calais : un programme santé destiné aux jeunes en difficulté d'insertion

Le réseau des vingt-sept missions locales de la Région Nord-Pas-de-Calais a élaboré en 2007, à la suite de la charte nationale santé (voir l'article de Pierrette Catel dans les pages précédentes), une programmation santé pour la période 2007-2013. Celle-ci vise à « améliorer la santé des jeunes de 16 à 25 ans, en insertion sociale et professionnelle, accueillis par le réseau des missions locales ». Elle a été validée fin 2007 par le comité de pilotage constitué de représentants des services de l'État, de la Région, des départements du Nord et du Pas-de-Calais, de l'Urcam, du Cres, du CDES, du CNML, de l'Association régionale des missions locales...

La dynamique régionale ainsi enclenchée a permis l'ouverture de plusieurs « chantiers », notamment :

– avec les CPAM : signature d'un accord cadre régional pour une amélioration de l'accès aux droits et aux soins ;

– avec la Drass, la Ddass, l'ARH : mise à disposition des psychologues en mission locale notamment.

Cette programmation santé régionale est diffusée le plus largement possible (missions locales et partenaires) pour être déclinée au niveau local et permettre l'émergence de projets. Depuis 2008, elle fait l'objet d'une évaluation annuelle sur l'ensemble des thèmes traités (formation des professionnels sur le champ de la santé, nombre de bénéficiaires, de conventions signées, etc.).

pour accompagner notre réflexion et nous éclairer dans la définition de nos objectifs.

Information des jeunes

Une première démarche a été élaborée pour le recueil des besoins et des attentes des jeunes. Tenant compte des compétences de la mission locale en matière d'accueil et d'accompagnement des jeunes et des savoir-faire du service de prévention santé en matière de santé, des groupes d'échange avec les jeunes ont été mis en place et coanimés, l'objectif étant d'identifier les représentations des jeunes sur la santé et leur permettre d'échanger. La technique du Photolangage® a été retenue. Les jeunes ont été invités par les conseillers à participer à des ateliers collectifs (d'une durée de trois heures), organisés une fois par mois environ, au sein même de la mission locale. Ces actions ont eu pour impact de libérer la parole et aussi de favoriser les liens entre jeunes trop souvent isolés. Lors de ces temps d'échange, on entend la souffrance, la perte de confiance en soi et l'isolement, mais aussi des conseils et du soutien venant de jeunes en direction d'autres jeunes.

Pour les animateurs, ces moments privilégiés permettent d'améliorer leurs connaissances sur les attentes des jeunes, leurs besoins, mais aussi de les voir « autrement », dans leur environnement, et également comme ressources pour leurs pairs. Lors de ces échanges, ils partagent leurs solutions pour surmonter les difficultés de la vie quotidienne, comme faire du sport ou aller à la pêche pour se détendre, prendre des responsabilités, aider les autres (certains voudraient participer aux Restos du cœur, devenir secouristes, etc.). On observe aussi, chez ces jeunes, un besoin d'information sur les ressources locales de santé, un mal-être et un manque de confiance en soi, des difficultés liées aux conditions de vie et de logement, un faible recours aux soins.

Formation des conseillers

Dans le même temps, le Cres a répondu à notre demande de professionnalisation en proposant aux conseillers du Douaisis une action de formation autour de trois volets : « l'écoute, l'information et l'orientation en matière de santé », qui constitue le socle et répond à notre demande ; puis « la prévention du mal-être et des conduites suicidai-

res » et « les conduites addictives », deux thématiques auxquelles nous étions le plus souvent confrontés et qui nous mettaient en difficulté. Cette action nous a permis de nous sentir plus à l'aise avec les jeunes pour aborder la santé et de nous aider à écouter les besoins des jeunes.

Nous avons profité de cet élan pour élaborer, dès 2000-2001, des projets en santé en lien étroit avec la programmation régionale santé des missions locales, des programmes régionaux de santé (PRS) puis des plans régionaux de santé publique (PRSP), et tenant compte des attentes et besoins exprimés par les jeunes lors des groupes d'échange : être mieux informé, proposer une écoute de la souffrance psychique, favoriser le bien-être et l'activité physique, faciliter le recours aux soins.

Répertoire des ressources locales de santé

Par ailleurs, prenant en compte leur demande d'être mieux informés, la mission locale propose à des jeunes de participer à la construction d'un projet collectif pour la réalisation d'un répertoire, véritable outil d'information sur les ressources locales de santé. L'enjeu est avant tout de renforcer les compétences des jeunes et de les valoriser. Nous avons conçu ce projet à partir d'une

méthode participative, avec l'appui en méthodologie et en communication du Cres, laissant la place à chacun : jeunes, professionnels, partenaires, etc. Les jeunes ont identifié les thèmes de santé du répertoire, ont pris eux-mêmes contact avec les structures pour le recueil des données à faire figurer, ont participé au choix des formes, des couleurs... Le résultat a été la réalisation d'un répertoire conçu par les jeunes, tel qu'ils l'avaient souhaité : « *pratique, beau, de qualité* ». Attentes et choix exprimés par le groupe ont été pris en compte ; ces outils ont été actualisés et continuent d'être à la disposition des jeunes accueillis à la mission locale.

Psychologue et groupes d'expression

Afin de répondre au mal-être et à la souffrance psychique des jeunes, la mission locale a proposé la création d'un poste de psychologue mis à disposition par le centre hospitalier, qui a été acceptée. Il s'agit d'organiser des permanences dans les différents lieux d'accueil pour une consultation avancée et une orientation en fonction des besoins. Une aide précieuse au travail quotidien des conseillers qui y trouvent un appui quand la souffrance du jeune représente un obstacle à son insertion. Cette écoute spécifique permet au jeune de reprendre confiance et de l'ai-

der à se projeter ; parfois aussi une orientation vers le soin est nécessaire. La mise à disposition d'un psychologue est également un soutien pour les conseillers en individuel, et en collectif lors de réunions de régulation. Enfin, cette présence favorise les liens avec le réseau de santé mentale.

Au-delà de la présence d'un psychologue, la mission locale a mis en place une action collective pour permettre aux jeunes de développer la confiance en soi et l'estime de soi. Pendant dix séances avec un psychologue et une socio-esthéticienne, par des exercices, des jeux de rôles, des échanges, ces jeunes vont identifier leurs propres modes de communication, valoriser leurs atouts, développer un comportement

assertif. Cette action facilite par la suite l'intégration de ces jeunes dans les actions de formation : ils s'expriment davantage et ont de meilleures relations avec les autres.

Accès aux droits

Par ailleurs pour développer les compétences des jeunes en matière de santé, la mission locale et le service de prévention santé ont mis en place un module santé destiné spécifiquement aux jeunes en formation, en partant de leurs demandes. Dans ce cadre, un partenariat avec les caisses primaire et régionale d'Assurance Maladie (CPAM et Cram) a permis d'améliorer l'accès aux droits, en proposant aux jeunes une étude personnalisée et une mise à jour de leurs droits. En effet, lors des pre-

miers groupes de formation, nous avons constaté que la moitié des jeunes n'avaient pas de couverture sociale à jour. Le centre d'examen de santé de la CPAM a également mis en place l'accès pour ces jeunes à des examens de santé, afin de favoriser un accès aux soins. Ce partenariat est développé dans le cadre du module santé pour les jeunes en formation et pour les jeunes bénéficiaires d'un contrat d'insertion dans la vie sociale (Civis) ; il a été récemment renforcé par la signature d'une convention avec la CPAM.

Jacqueline Rommens

Animatrice régionale santé, Association régionale des missions locales Nord-Pas-de-Calais, Lille, chargée de projets mission locale du Douaisis, Douai.

Bouches-du-Rhône : des ateliers d'information santé pour les 16-25 ans en recherche d'emploi

Dans les Bouches-du-Rhône, le comité d'éducation pour la santé, en partenariat avec les missions locales, organise des modules d'éducation pour la santé destinés aux jeunes en difficulté d'insertion. Les intervenants sont spécifiquement formés à la promotion de la santé et deviennent ainsi des « référents santé ». Des modules thématiques sur l'alimentation et la sexualité ont aussi été mis en place. Un temps précieux d'échanges et de transmissions des connaissances qui permet à certains jeunes de retrouver confiance en eux-mêmes.

Les études, notamment celles réalisées par le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé (Cetaf) à partir des examens de santé, montrent que les jeunes de 16 à 25 ans en insertion sont confrontés à des difficultés de santé (souffrance psychologique, conditions de vie) plus importantes que les autres jeunes du même âge (1, 2). À leurs difficultés d'accès à l'emploi s'ajoutent des difficultés d'accès aux droits et aux soins.

En 1996, suite à l'enquête CFI-Paque sur la santé des jeunes déscolarisés (3), le comité départemental d'éducation pour la santé (Codes), en partenariat avec les missions locales des Bouches-du-Rhône, a initié une démarche de promotion de la santé auprès des jeunes en stage de mobilisation et de pré-qualification. Les objectifs du module

sont de promouvoir des comportements d'hygiène de vie et de prévention des conduites à risques chez les jeunes, leur permettant d'être responsables de leur santé, de développer la confiance et l'estime d'eux-mêmes et de devenir des relais auprès de leurs pairs. Le module a également pour objectif d'amener les formateurs des jeunes à assurer un rôle de « référent santé » auprès des jeunes et dans la structure (voir encadré).

Les groupes sont constitués de femmes et d'hommes de 16 à 25 ans, de toutes origines : des primo-arrivants, des jeunes en situation de très grande précarité, des jeunes présentant des troubles du comportement et de la personnalité qui nécessitent un traitement médicamenteux. Tous se trouvent en situation d'échec (scolaire, profession-

nel, parfois familial). Ils ont un faible niveau d'alphabétisation et de connaissances en santé. Ils sont avides de connaissances pour peu qu'elles correspondent à leur vécu et soient adaptées à leurs capacités.

Un atelier bimensuel

Le module « *Promotion de la santé et intégration sociale des jeunes de 16 à 25 ans* » se déroule sous la forme d'un atelier bimensuel avec sept séances de trois heures, auprès d'un groupe de huit à douze jeunes, coanimé par un animateur santé du Codes et par le « référent santé », qui peut ainsi revenir sur les thèmes abordés en interséances.

Lors de la séance d'introduction, l'animateur de santé définit avec les jeunes les règles de fonctionnement du groupe. Il recueille les représentations de la santé

Des formateurs initiés pour être « référents santé »

Les formateurs du module « *Promotion de la santé et intégration sociale des jeunes de 16 à 25 ans* » ont été eux-mêmes formés en amont sur le thème de la santé, ce qui leur permet d'être « référents santé » de la structure, de s'impliquer lors de l'action et de devenir un relais santé auprès des jeunes. Ces formateurs interviennent plus généralement auprès des jeunes dans le cadre des stages de mobilisation et/ou de préqualification au sein des organismes de formation (mais aussi centres sociaux, école de la deuxième chance, etc.), partenaires des missions locales.

La formation qui leur est dispensée par le Codes leur permet de travailler autour des représentations qu'ils ont de la santé et de celle des jeunes, et de définir leurs attentes par rapport au module. Dans un deuxième temps, l'éducatrice de santé du Codes leur présente le programme d'intervention – thèmes, objectifs, contenu – destiné aux jeunes. Elle définit les règles de fonctionnement (formateur/éducateur Codes/jeunes). Enfin, elle présente la pédagogie en éducation pour la santé. Les attentes des formateurs sont d'augmenter leurs connaissances dans le domaine de la santé, d'être acteur, d'établir le parallèle entre la santé et l'insertion, de responsabiliser les jeunes.

Lorsqu'ils forment les jeunes au sein du module « *Promotion de la santé* », les « référents santé » recueillent des informations sur un livret d'observation afin d'évaluer l'action. Avant le module, ils présentent au groupe de jeunes les thèmes d'intervention, font le lien avec le programme de formation auquel participent les jeunes et resituent l'intervention dans le contexte de l'insertion. Vis-à-vis de la mission locale, les « référents santé » font le lien avec les autres interventions et ce sont eux qui assurent la continuité intersessions.

du groupe à l'aide d'un Photolangage®. C'est une séance essentielle pour lancer la dynamique de groupe et favoriser l'expression libre de chaque jeune. Les séances suivantes sont modulables en fonction du groupe et peuvent aborder :

- l'image de soi, l'hygiène de vie, ainsi que la procédure d'accès à la CMU ;
- les rythmes biologiques, la gestion du stress ;
- l'équilibre alimentaire avec un petit budget ;
- la vie affective, la sexualité et la contraception ;
- le VIH/sida, les infections sexuellement transmissibles, la connaissance des risques ;
- les dépendances et les produits psycho-actifs ;
- la réflexion sur l'élaboration d'un outil de prévention destiné à des pairs et qui sera élaboré par la suite au sein de la structure. Il peut s'agir d'affiches, d'un jeu de type jeu de l'oie, etc.

Au fil des interventions, la problématique de l'agressivité et de la violence émerge ; elle est abordée notamment dans le cadre de la connaissance de soi, de la tolérance, de la souffrance de l'autre. Les jeunes sont accompagnés dans le recensement des structures de santé et il leur est proposé de visiter des centres de dépistage et associations d'aide. Ils sont également incités à se rendre à l'examen de santé gratuit organisé par l'Assurance Maladie.

Depuis 1996, ce module a été mis en œuvre auprès de soixante-deux groupes dans vingt-six structures, soit huit cent neuf jeunes concernés.

Acquisition de connaissances claires

Les résultats montrent que la qualité des relations dans le groupe, dans l'environnement et avec les intervenants est meilleure. L'acquisition de connaissances claires et adaptées permet de penser que les objectifs attendus sont atteints et que la prise de conscience des jeunes et leur volonté de prendre en charge leur santé participent très largement au démarrage d'un nouveau projet de vie. Les formateurs habituels des jeunes observent que les groupes concernés sont plus assidus. Les jeunes participent activement, se respectent, prennent la parole, retrouvent confiance en eux-mêmes. Ils arrivent à dépasser certains tabous, comme par exemple la résistance à l'usage du préservatif.

L'implication du formateur en tant que « référent santé » auprès des jeunes et au sein de la structure a un impact sur la dynamique de groupe et favorise l'appropriation par la structure de la thématique santé.

Favorise le respect

Les jeunes sont très intéressés par la « santé ». Ils sont curieux, ont envie de savoir et de transmettre. Ils élaborent

des outils de prévention destinés à d'autres jeunes. Ils disent que l'intervention favorise l'entraide et développe l'intérêt mutuel, le respect, l'ouverture, la confiance en soi. « *Ils n'ont plus peur de prendre la parole.* » L'éducation santé leur permet de poser des questions sur d'autres thèmes : philosophiques, moraux, juridiques, culturels, etc. Les relations entre eux et les formateurs habituels s'en trouvent améliorées. Cependant de nombreux freins subsistent : la situation de précarité dans laquelle ils se trouvent, leur méconnaissance de l'accès aux soins bien que ce thème soit abordé, leur situation familiale, leurs origines, leurs habitudes et leurs tabous. Enfin, les difficultés psychologiques de certains jeunes peuvent constituer un écueil important.

Depuis 2003, à la demande des structures, le Codes intervient sur des modules thématiques : l'alimentation auprès d'une vingtaine de groupes et la sexualité auprès de dix groupes. De nouveaux partenaires ont sollicité la mise en œuvre du module auprès de leurs publics : les équipes de la Protection judiciaire de la jeunesse (une dizaine de groupes) et les Services de probation et d'insertion professionnelle en milieu pénitentiaire (deux groupes de jeunes majeurs détenus). Enfin, il est à souligner que l'ensemble de ce dispositif est financé par le conseil régional Paca et par l'État dans le cadre du Programme régional de santé publique.

Nathalie Merle

Directrice,

Sylvaine Roustan

Chargée de projet,

comité départemental d'éducation pour la santé des Bouches-du-Rhône, Marseille.

► Références bibliographiques

- (1) Freire M.C. *La santé et l'insertion des jeunes. Contribution des missions locales*. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Délégation interministérielle à l'insertion des jeunes, 2001 : 127 p.
- (2) *Charte de la santé des jeunes en insertion sociale et professionnelle*, mai 2006.
- (3) Choquet M., Iksil B. *Jeunes en insertion. Enquête CFI-Paque (dispositif 16-25 ans)*. Villejuif : Inserm U 169, 1994 : 221 p.

Dans une mission locale à Paris : « *Nous faisons face à des situations d'urgence* »

À « Pari d'avenir », mission locale du XIV^e arrondissement, une équipe pluridisciplinaire accueille les 18-25 ans et tente de trouver des solutions en matière d'insertion, de logement, de santé. Un conseiller-référent et un psychologue accompagnent ces jeunes dont un sur deux n'a pas de qualification et près d'un sur dix est mineur. Un travail d'équipe et la prise en compte des questions de santé permettent d'aller de l'avant. Une collaboration avec l'Assurance Maladie facilite l'accès aux soins, mais l'équipe est désarmée face aux problèmes de santé mentale de certains jeunes.

Une maison de plain-pied plantée dans un petit jardin municipal du 14^e arrondissement de Paris. De la rue attenante, rien ne peut laisser filtrer l'activité besogneuse de ce lieu. Rien, si ce n'est une petite signalétique, d'ailleurs recouverte d'un léger bombage, notant qu'ici se trouve la mission locale Pari d'avenir¹. Trois marches, une porte avec code, un petit couloir laissant décrocher sur la droite un escalier, on débouche sur une salle bordée de tables, de chaises et de bureaux. Tout est sobre ici. Le décor, les murs où des affiches rappellent des informations sur l'emploi, la formation, la culture, « l'info jeune du CIDJ ». Un dépliant indique la Cité de la Santé, un autre, au coin d'une table, évoque la toxicomanie. La première impression ressemble au cadre : studieux.

Quatre jeunes – trois garçons et une fille – sont, sous le regard d'une jeune personne faisant l'accueil, en train de remplir une fiche. « *Bonjour ! Vous avez rendez-vous ?* » Le téléphone n'arrête pas de sonner. Le parcours commence. Le jeune arrive, il est reçu pour un premier entretien. Il va remplir un dossier où des questions sur son identité, son parcours, ses souhaits lui seront posées. Quelques questions ouvertes concernent la santé comme « *Avez-vous une couverture sociale ?* », « *Souhaiteriez-vous un bilan ?* », ou la culture et le sport. Le jeune est ensuite dirigé vers un (ou une) conseiller(e) qui deviendra son référent.

« *Vous êtes ici dans une petite mission locale*, explique Dominique Lucas-Creps, directrice de la mission locale.

Les jeunes qui viennent nous voir arrivent essentiellement sur une demande d'emploi et de formation, parfois avec un besoin d'hébergement immédiat ».

Des jeunes en galère

En quelques instants, il est facile de comprendre en quoi l'écoute et le repérage des demandes sont des facteurs clés du travail des professionnels du lieu. Le public qui vient ici est en attente d'informations ciblées. Ces jeunes sont à la recherche de solutions qui, pour certains, sont urgentes à trouver. Des jeunes déscolarisés ou en situation d'échec, des adolescents déstructurés, des jeunes adultes « en galère » constituent, en effet, la majorité des personnes qui fréquentent une mission locale. Avec leur lot de problèmes et leurs interrogations. Comment, alors que la présence de ces jeunes est dictée par une demande précise, retisser le lien social jusqu'à une prise en charge minimale des sujets touchant à la santé ? La question est posée.

Les chiffres de l'année 2007 fournis par Dominique Lucas-Creps donnent l'image de la mission locale Pari d'avenir. 2 948 personnes de 16 à 25 ans ont au moins une fois été accueillies dans cette maison. Parmi celles-ci, 1 288 sont nouvelles. Pour la deuxième année consécutive, les femmes sont plus nombreuses que les hommes ; elles représentent 51 % du public accueilli contre 46 % en moyenne les années passées. La tranche d'âge la plus représentée est toujours celle des 18-21 ans (54 %). Les mineurs forment 8 % des primo-arrivants. Enfin, par effet de proximité, les

jeunes les plus nombreux à fréquenter cette mission locale viennent des 14^e et 15^e arrondissements.

Décrypter les difficultés non exprimées

Côté cœur de métier, les statistiques sont sans équivoque : 58 % des nouveaux arrivants sont peu ou pas qualifiés, mais 601 jeunes reçus pour la première fois, en 2007, auront décroché un diplôme. Enfin, du côté des étudiants « bac + », seuls 57 jeunes inscrits à la mission locale ont un BTS ou un DUT.

Depuis plusieurs années, l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE) orientait à la mission locale plus de 30 % des jeunes. En 2007, ils n'ont été que 25 %. Une baisse s'expliquant notamment par la nouvelle organisation parisienne, qui inscrit maintenant les demandeurs d'emploi en fonction non plus de leur domicile mais de leur métier visé. Dernier chiffre : la proportion des jeunes orientés par les amis et la famille augmente légèrement et représente 27 % du total. Viennent ensuite les associations, services sociaux et équipes de prévention. « *Vous voyez bien, à travers ces quelques éléments*, comment la directrice de Pari d'avenir, *quelle sera la nature de notre accompagnement. Ce qui n'empêche pas*, ajoute-t-elle, *d'avoir une attention particulière face aux signaux que le jeune nous envoie via une attitude ou au travers de propos pas forcément aboutis.* »

Santé : thème délicat à aborder

Dominique Lucas-Creps n'y va pas par quatre chemins. « *Pour tenir un*

emploi, dit-elle, il faut que le jeune soit en bonne santé, qu'il dorme, qu'il s'alimente. Hélas, beaucoup de ceux qui viennent nous voir connaissent des problèmes, parfois physiques, souvent psychiques, que nous devons prendre en compte pour mieux les accompagner. On le voit bien quand un jeune s'endort devant nous, quand il est très agité, quand il tient des propos obsessionnels. Comment faire face à la santé mentale ? Nous ne sommes pas des professionnels de la santé. Et pourtant nous voyons bien qu'à côté de l'accès aux soins que nous pourrions, si une demande est exprimée, externaliser en direction de partenaires de la mission locale il y a des éléments de prévention que nous devons, au moins, mettre à disposition ».

« Il faut dire que la santé n'est pas le thème le plus rapide à aborder avec les jeunes. Car, si je commence à dire lors de mon premier entretien avec un jeune : avez-vous un problème de santé ? Il ne revient pas. » Éric Yann Johaud est formateur documentaliste depuis quinze ans à la mission locale. Il est prolixe sur sa mission et pour le moins interrogatif sur le périmètre de son intervention. « La santé apparaît quand ça va mal, dit-il. Et nous allons essayer de dire ce qu'il faudrait faire alors qu'il y a des choses que nous ne faisons pas nous-mêmes. C'est compliqué, vous ne trouvez pas ? » Et pourtant la mission locale a fait un choix collectif : faire de la prévention santé un axe d'accompagnement. « Si les jeunes ont besoin de soins, c'est souvent dans l'après-coup qu'ils réagissent, note le rapport d'orientation. La santé reste une préoccupation

encore lointaine pour eux et un sujet délicat à aborder en entretien. Il est donc nécessaire de maintenir une information et un accompagnement spécifiques par des actions de prévention ».

Soins et prévention : des partenaires

Résultat, en 2007, 416 jeunes ont bénéficié de 850 « informations, propositions et orientations » en matière de santé, soit un jeune sur quatre. Une autre donnée permet également aux conseillers d'ouvrir la discussion sur les questions de santé. Il s'agit de la couverture sociale. Sur les 1 288 jeunes reçus pour la première fois cette année, plus de 84 % (1 087 personnes) ont déclaré avoir une couverture sociale, 129 jeunes ont la CMU, 54 n'ont pas de droits ouverts.

Les réponses de la mission locale en matière de santé sont diverses : une permanence de la CPAM à la mission permet de favoriser et de concrétiser l'accès aux soins notamment pour les personnes en situation de précarité ; un référent santé peut fournir des adresses ou des lieux de permanence dans des hôpitaux (Cochin, Pitié-Salpêtrière) ; des rendez-vous peuvent être pris. Les conseillers pourront compter sur une liste de partenaires privilégiés : le centre médico-social Ridder, le cabinet de proximité Olivier-Noyer, l'Hôtel-Dieu et particulièrement l'espace Santé jeunes ou encore le centre Léveillé pour des bilans de santé gratuits. Et pour la douzième année consécutive, la mission locale a fait le choix, un choix lourd en terme financier, de proposer

en interne un soutien psychologique assuré par une psychologue clinicienne, Sylviane Hervé, qui intervient trois jours par semaine auprès des jeunes mais aussi en soutien auprès des conseillers lors de temps collectifs ou individuels. La directrice indique : « Les jeunes en ont besoin. Cette année, sur cent personnes qui ont été suivies par cette psychologue, soixante-dix sont revenues à un accompagnement stabilisé. Je me demande comment font les missions locales qui n'en ont pas », précise-t-elle, approuvée par un hochement de la tête du formateur documentaliste. « Et puis nous aussi en avons besoin, l'équipe souhaite cette forme d'écoute et de conseil. »

Donner accès aux loisirs

La mission locale Pari d'avenir favorise, lors de moments de rencontre, les possibilités de reconstruction d'un jeune momentanément en difficulté. Pour cela, outre la thématique santé, elle propose une palette d'actions dans les domaines culturels et sportifs. Le choix, encore un autre, d'un partenariat avec l'association « Culture du cœur » illustre cette volonté. Pour la directrice et son équipe, permettre à un jeune déboussolé de bénéficier de moments de « sorties », l'expression est de Dominique Lucas-Creps, d'échappatoires festives est aussi une étape nécessaire dans sa reconstruction.

« Depuis cinq ou six ans, explique-t-elle, notre mission locale a passé un accord avec cette association qui, par le biais du site "infospectacle.com", auquel nous sommes abonnés, met à disposition des jeunes des billets ou entrées pour des concerts ou activités culturelles de diverses natures. C'est fou comme permettre à ces jeunes de participer à cet instant est bénéfique pour leur resocialisation. Nous poursuivions ce même objectif quand nous avons signé des partenariats avec des structures sportives parisiennes comme le Puc ou l'ASPTT. Réussir leur réinsertion sociale, c'est aussi par la participation, retrouver du plaisir, ne trouvez-vous pas ? ».

Denis Dangaix
Journaliste.

1. Mission locale Pari d'avenir
24-26, rue de Châtillon - 75014 Paris
Tél. 01 40 52 77 30

Entretien avec Meryem Belkacemi, médecin, responsable des formations au comité régional d'éducation pour la santé d'Ile-de-France (Crésif), Paris.

« Former à l'éducation pour la santé les professionnels de l'insertion »

En 2008, le Crésif a formé quatre-vingts professionnels des missions locales à l'éducation pour la santé. Ces formations se poursuivent en 2009. Le docteur Meryem Belkacemi souligne que les professionnels des missions ne se sentent pas légitimes pour intervenir en matière de santé. Ces formations peuvent leur apporter de meilleures connaissances et une confiance accrue.

La Santé de l'homme : Comment formez-vous les intervenants des missions locales compte tenu de la diversité de leur parcours professionnel ?

Meryem Belkacemi : Votre question sous-entend une sorte de challenge que je résumerai par une autre interrogation qui serait : pourquoi apporter des éléments d'éducation pour la santé à des professionnels dont les compétences reconnues et attendues par les jeunes qui fréquentent les missions locales

sont l'emploi et la formation ? Parce qu'ils en ont besoin. Car ils accompagnent des jeunes de 16 à 25 ans dont beaucoup sont dans une précarité sociale, ont des parcours de vie chaotiques et connaissent des troubles physiques ou psychiques. Il ne s'agit pas d'ajouter à une porte d'entrée dénommée « emploi » ou « formation » celle de la santé. Il s'agit, et c'était le sens de la demande de nos homologues régionaux d'Ile-de-France faite au Crésif, en début d'année 2008, d'apporter des élé-

ments permettant d'améliorer une fonction d'écoute et d'échanges à des professionnels, personnels d'accueil, conseillers et référents sociaux, et ainsi intégrer d'autres notions. J'ai donc abordé cette formation de la manière la plus simple possible, sans appliquer une recette particulière. J'ai essayé de donner des informations généralistes et de conforter une démarche éducative.

S. H. : Sur quoi avez-vous axé votre formation ?

Notre but est de développer le savoir sur des concepts mobilisant en éducation pour la santé. Nous avons créé des modules sur trois formations, chacune a été doublée cette année, ce qui a fait six sessions en tout, permettant à près de quatre-vingts professionnels de passer de une à quatre journées en petit groupe. Nous avons travaillé autour de questions simples : qu'est-ce que l'éducation pour la santé ? Qu'est-ce que la promotion de la santé, sa distinction avec l'accès aux soins ? Comment aborder cette question quand on n'est ni médecin ni infirmier ? Nous avons réfléchi aux représentations qu'avaient ces professionnels de leur santé et de la santé des jeunes. L'idée étant de faire prendre conscience que les questions que l'on se pose sur la santé sont les mêmes pour tous et apporter des éléments de connaissances sur le contexte français, sur les opérateurs potentiels et sur « qui fait quoi » en matière de santé publique.

S. H. : Pensez-vous que la santé soit au cœur des préoccupations des

Intervenants et des jeunes dans les missions locales ?

Je ne sais pas si la santé est au cœur des préoccupations des intervenants mais j'ai constaté, au cours de cette année, qu'ils cherchent à mieux l'intégrer dans leur pratique quotidienne auprès des jeunes. Ce qui m'a frappée le plus dans mes contacts, c'est que ces professionnels ne se sentent pas légitimes sur cette question. Ce qui est normal d'ailleurs car nous sommes très imprégnés par cette approche que j'appelle « biomédicale » de la santé. Pourtant, quand le jeune arrive et qu'il trimballe avec lui des soucis de toute nature, comment agir ? Comment aborder une question de l'ordre de l'intime avec quelqu'un dont la préoccupation immédiate est de trouver un emploi ou un hébergement et qui, de fait, place sa santé loin derrière sa demande ? Ce n'est pas un hasard si, parmi les six sessions de formation, il y en a eu deux qui étaient consacrées à la santé mentale. Et, s'il y a bien une chose que même des professionnels de santé se refusent d'aborder et qui est identifiée comme « la patate chaude », c'est la santé mentale. Ne nous trompons pas de cible : nous ne demandons pas aux missions locales de prendre en charge les maladies. La promotion de la santé, c'est différent.

S. H. : Quels sont les principaux enseignements que vous retenir de cette expérience de formation ?

D'abord, de ne pas aller trop vite. Les modules de base proposés ont démontré qu'il y a des incontournables dans l'apport des connaissances : qu'est-ce que la santé ? Comment accompagner quelqu'un ? Ensuite, les équipes des missions locales doivent avoir des moments réguliers d'analyse, de partage entre eux, au cours desquels ils vont débattre. Pendant la formation, les professionnels des missions locales ont pris du recul. Ils ont parlé de leurs difficultés. Ils ont évoqué leurs envies. Enfin, l'éducation pour la santé est une discipline complexe. Le regard, l'écoute, le partage, la rencontre : tout cela est au centre de nos réflexions. Faisons en sorte que ces professionnels deviennent, aussi, un relais auprès de ces jeunes... C'est en tout cas l'un des objectifs de cette formation.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**.

Quelques ressources documentaires

- Demetriades C. (coord.). L'insertion des jeunes : rôle des psychologues en missions locales [Dossier]. Le journal des psychologues 2002 ; 201 : 21-49.
- Demetriades C., mission locale de Villeurbanne. *La prise en compte de la souffrance des jeunes dans les missions locales et PAIO. Une action d'échanges, de capitalisation et de recherche*. Lyon : missions locales, 1999 : 49 p.
- Dutertre J. *Approche santé en mission locale : jeunes en difficulté et réponse institutionnelle... une rencontre incertaine*. Vie sociale et traitements 2007 ; 94 : 53-59.
- Freire M.-C. *La santé et l'insertion des jeunes. Contribution des missions locales*. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Délégation interministérielle à l'insertion des jeunes, 2001 : 127 p.
- Levy F., Benevise J.F., Dorme G., Vermelin C., Bastien B., Charvet D. *Santé des jeunes. Le rôle et la contribution des missions locales*. Journée du 23 octobre 2001. Lyon : Drass Rhône-Alpes, 2001 : 52 p.
- Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement, ministère de la Santé et des Solidarités. *Charte de la santé des jeunes en insertion sociale et professionnelle*. Paris : Conseil national des missions locales, 2006 : 17 p.
En ligne : http://www.cnml.gouv.fr/documentation/IMG/pdf/Charte_sante_orientations.pdf [dernière consultation le 01/12/2008]
- Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. *Axe 4 : Promouvoir la santé des jeunes en situation de vulnérabilité sociale*. In : Le Plan régional de santé publique d'Île-de-France, 2006-2010. Paris : Groupement régional de santé publique d'Île-de-France, 2006 : p. 5-6.
En ligne : <http://www.grsp-idf.fr/> [dernière consultation le 01/12/2008]
- Tron I., Cayla F., Delarue M., Rengot M., Boulay C., Fontaine D. *Visites médicales destinées aux jeunes suivis par les missions locales*. Paris : Fnors, coll. Les Études du réseau des ORS, 2003 : 137 p.
En ligne : <http://www.fnors.org/Fnors/Ors/Traux/missionslocales.pdf> [dernière consultation le 01/12/2008]
- Vidal A.-C., Azadpour S., Meseguer O. Les missions locales face à la souffrance des jeunes ». In : *Les professionnels face à la souffrance psychologique et à la violence des jeunes*. Cahier du RPIJ, mai 2007 ; 23 : 31-38.
- Arwidson P., Bury J., Choquet M., De Peretti C., Deccache A., Moquet-Anger M.L., et al. *Éducation pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes*. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2001 : 247 p.
- Beillerot J. (dir.). *De l'apprentissage social au sentiment d'efficacité personnelle. Autour de l'œuvre d'Albert Bandura*. Savoirs : Revue internationale de recherches en éducation et formation des adultes 2004 ; 4 : 175 p.
- Campens K. *Pratique clinique du psychologue, santé et insertion des jeunes*. Psychologies et psychologies 2005 ; n° 182 : 7 p.
En ligne : <http://missions-locales-bourgogne.fr/Documents/campens1.pdf> [dernière consultation le 01/12/2008]
- Voir aussi le dossier complet : *Psychologue dans le champ du travail... quel positionnement ?* [Dossier]. Psychologues et psychologies 2005 ; n° 182 : 64 p.
- Choquet M., Iksil B. *Jeunes en insertion. Enquête CFI-Paque (dispositif 16-25 ans)*. Villejuif : Inserm, 1994 : 221 p.
- Colas F. *Jeunes en insertion : l'intérêt d'une démarche de promotion de la santé*. Horizon pluriel 2005 ; n° 8 : p. 3.
En ligne : http://www.cresbretagne.fr/fichiers_attaches/HP-numero8.pdf [dernière consultation le 01/12/2008]
- Cormier H. *Un pôle santé pour améliorer l'insertion des jeunes*. Actualités sociales hebdomadaires 2002 ; 2249 : 41-42.
- Deit-Susagna C. *Insertion professionnelle des jeunes et prévention santé : quelles articulations ?* Le journal des psychologues 2008 ; 255 : 6.

Enquête sur les connaissances et comportements face au **risque infectieux**

L'omniprésence dans les médias de la question des nouveaux risques et des risques émergents – grippe aviaire, Sras... – rend leur perception par la population plus aiguë, parfois en proportion inverse de leur réalité épidémiologique. Dans ce contexte et afin de mettre en œuvre des politiques publiques, l'INPES et l'InVS viennent de publier la première enquête sur les attitudes face aux risques infectieux et leur mode de prévention. Cette étude, intitulée « enquête Nicolle » – du nom du médecin bactériologiste Charles Nicolle –, a été réalisée en population générale et auprès de médecins libéraux.

Les maladies infectieuses sont une des premières causes de mortalité et de morbidité dans le monde et sont à l'origine de plus de trente mille décès par an, en France. Avec un impact important sur le système de soins, elles sont aussi un sujet de préoccupation de la population. De nouvelles questions se posent aujourd'hui : augmentation des infections virales chroniques, émergence de nouvelles infections, craintes de pandémie, résistances aux anti-infectieux, etc.

Dans un contexte de médiatisation des craintes collectives (grippe aviaire, infections nosocomiales, baisse de confiance vis-à-vis de la vaccination hépatite B, etc.) et de demande sociale croissante de protection contre les risques, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et l'Institut national de veille sanitaire (InVS) ont mis en commun leurs expertises respectives pour la réalisation de l'enquête « Nicolle », première enquête nationale sur les connaissances, attitudes et comportements face aux risques infectieux et leur mode de prévention. Le projet s'est focalisé plus particulièrement sur l'hygiène pour prévenir les maladies infectieuses, la grippe et le risque pandémique, les infections alimentaires et zoonotiques, les maladies à prévention vaccinale, les infections acquises lors de soins, les risques infectieux lors des voyages.

L'enquête a été réalisée par téléphone, au cours du premier trimestre 2006, auprès du grand public et de médecins libéraux. Les échantillons

ont été constitués par tirage aléatoire et reprennent ainsi la méthodologie des Baromètres santé de l'INPES. Au total, 4 112 personnes de 18 à 79 ans ont été interrogées parmi la population générale (sur ligne fixe ou sur mobile) ainsi que 1 285 médecins généralistes et 782 pédiatres.

La perception du risque infectieux

Interrogés sur les principales maladies redoutées, les Français citent en priorité le cancer (86,5 %), les maladies neurologiques (46,9 %) et les maladies cardio-vasculaires (46,6 %). Les maladies infectieuses chroniques telles que les hépatites sont citées par 26,4 %, les infections nosocomiales par 23,5 % et les maladies infectieuses saisonnières telles que la grippe par 12,8 %. Ainsi, plus d'un Français sur deux (53,5 %) cite une maladie infectieuse (qu'elle soit chronique, saisonnière ou contractée à l'hôpital) parmi les maladies les plus redoutées.

Si, pour plus d'un Français sur deux (54,8 %), toutes les maladies infectieuses sont graves, ils craignent surtout la méningite (53,3 %) et les hépatites (49,3 %) (tableau I). Les femmes craignent davantage les maladies susceptibles de toucher les jeunes enfants, comme la bronchiolite (12,2 % des femmes par rapport à 8,4 % des hommes). Elles sont également plus nombreuses à craindre la méningite et la tuberculose. En revanche, les hommes sont plus nombreux que les femmes à craindre les infections hivernales, comme la grippe (30,6 % des hommes, 22,6 % des femmes) et la gastro-enté-

rite (23,3 % des hommes, 20,1 % des femmes).

Les personnes ayant des revenus moins élevés appréhendent plus les maladies infectieuses saisonnières et la tuberculose. En revanche, les personnes aux revenus plus élevés sont plus nombreuses à redouter le Sras, la légionellose ou des maladies infectieuses fortement médiatisées, rares ou éloignées, qui sont certes graves mais dont le risque d'exposition est très faible.

Les situations identifiées à risque

Les situations considérées par les Français comme comportant un « grand » risque de contracter une maladie infectieuse sont les voyages en pays tropical (52,8 %), le piercing/ tatouage (48,8 %), le séjour à l'hôpital (30,4 %) et la fréquentation de lieux à forte concentration

Tableau I : Maladies infectieuses les plus redoutées en population générale (n = 3 711 ; trois réponses possibles)

Méningite	53,3 %
Hépatite	49,3 %
Tuberculose	28,0 %
Grippe	26,4 %
Pneumonie	24,9 %
Gastro-entérite	21,6 %
Légionellose	21,3 %
Salmonellose	14,8 %
Bronchiolite	10,4 %
Sras	9,0 %
Rhino-pharyngite	7,6 %
Listériose	6,2 %
Coqueluche	4,2 %

humaine (29,3 %). En revanche, le contact avec des animaux et la fréquentation de la salle d'attente du médecin présentent selon les Français des risques « moyens » de contracter une maladie infectieuse (respectivement 47,3 % et 41,0 % des personnes interrogées). La pratique d'un sport nautique (61,7 %), manger dans un restaurant régulièrement (63,5 %), se promener en forêt (86,3 %) revêt pour les personnes interrogées un risque « faible ou inexistant » (figure 1).

Pratiques de prévention : priorité à l'hygiène

Pour se protéger des maladies infectieuses dans leur vie quotidienne, près de la moitié des personnes interrogées (45,3 %) déclarent se laver régulièrement les mains, un tiers (30,2 %) évoque une bonne hygiène corporelle et plus d'une personne sur sept (14,7 %) une bonne hygiène en général, incluant la maison, le linge, etc. Ce sont ainsi les pratiques d'hygiène qui sont les plus citées par les personnes interrogées

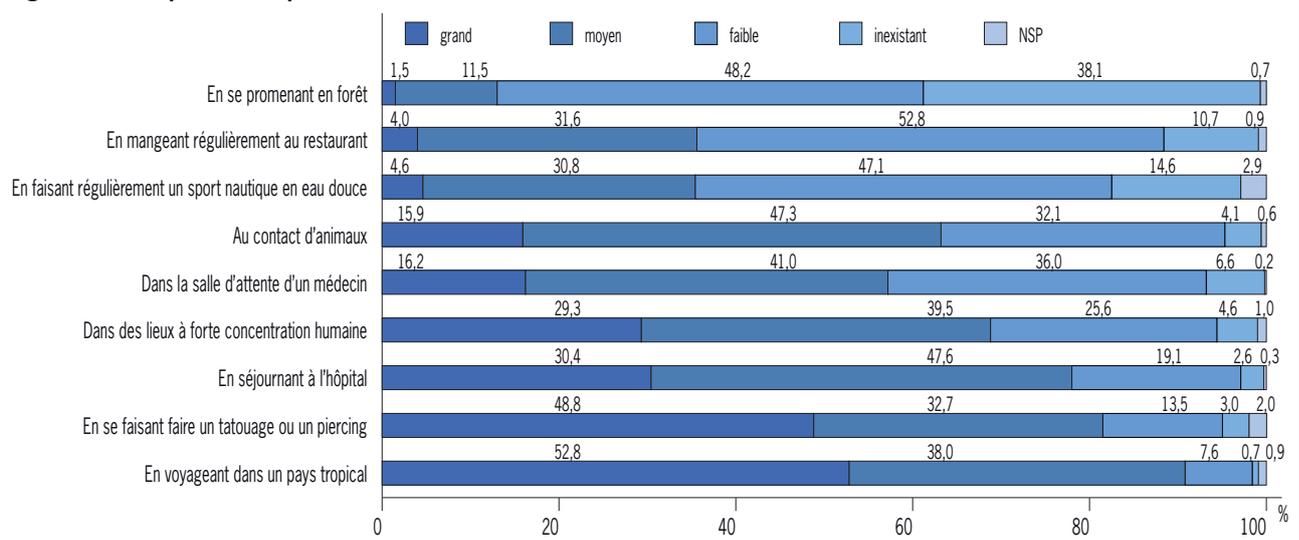
pour prévenir les maladies infectieuses (60,8 %), bien avant la pratique du sport, la limitation du stress, la prise de médicaments en cas de symptômes, l'évitement des personnes malades ou encore les vaccinations (figure 2). Ces pratiques sont plus répandues chez les femmes (63,7 %) que chez les hommes (57,5 %) ainsi que dans les foyers où vit un enfant de moins de quinze ans.

La quasi-totalité des personnes interrogées (97,5 %) déclare se laver les mains « systématiquement » ou « souvent » après être allée aux toilettes. Pour faire la cuisine, elles sont 95,7 %, et 91,7 % pour s'occuper d'un bébé de moins de 6 mois. En revanche, elles ne sont plus que deux tiers (62,9 %) après avoir caressé un animal et moins de trois sur cinq (57,9 %) après avoir pris les transports en commun. Enfin, moins de la moitié (44,5 %) rapporte se laver les mains après s'être mouché, 14,8 % de manière systématique et 29,7 % souvent.

Mesures-barrières et de distanciation sociale

Pour protéger leur entourage en cas de grippe saisonnière, moins de la moitié des Français interrogés (45,8 %) seraient disposés à porter un masque à leur domicile. Lorsqu'il s'agit de porter un masque à l'extérieur, seul un tiers (33,8 %) serait d'accord. Les femmes et les parents d'enfants sont proportionnellement plus nombreux à être d'accord pour porter un masque à l'intérieur.

Figure 1 : Perception du risque de contracter une maladie infectieuse selon différentes situations



Au moment de l'interview, lorsqu'elles souffrent d'une grippe saisonnière, les personnes interrogées ne sont qu'un tiers à affirmer systématiquement « rester chez soi » (34,7 %), une personne sur cinq (20,6 %) évite systématiquement les lieux publics et 15,8 % évitent systématiquement de prendre les transports en commun.

Arnaud Gautier

Biostatisticien,

Christine Jestin

Médecin de santé publique,

direction des Affaires scientifiques, INPES.

Marie Jauffret-Roustide

Sociologue, unité VIH, IST, VHC,

département des maladies infectieuses,

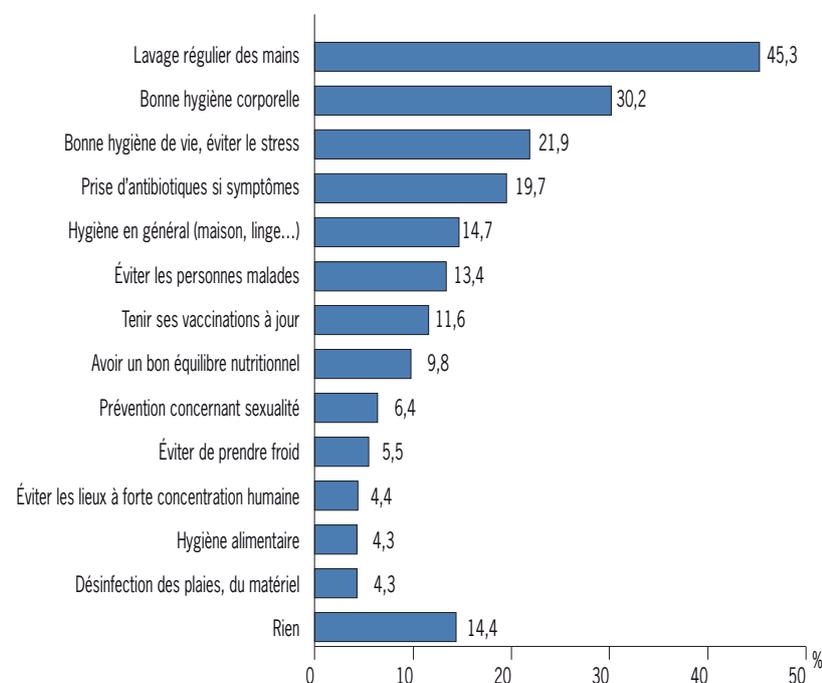
InVS, chercheur au Cesames

(Inserm-CNRS-Paris-Descartes).

Pour en savoir plus

Gautier A., Jauffret-Roustide M., Jestin C. (sous la dir.). *Enquête Nicolle 2006. Connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux*. Saint-Denis : INPES, coll. Études santé, 2008 : 252 p.

Figure 2 : Principales pratiques pour se protéger des maladies infectieuses



Alcool, tabac et cannabis : les dernières tendances à 16 ans

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a rendu publics, le 2 février 2009, les premiers résultats français concernant les usages de tabac, d'alcool et de cannabis de la dernière enquête européenne Espad (European School Survey on Alcohol and Other Drugs). Cette enquête, qui s'est déroulée durant le premier trimestre 2007, est menée tous les quatre ans dans plus de trente-cinq pays européens auprès des élèves âgés de 16 ans. Réalisée en France sous la responsabilité de l'OFDT et de l'Inserm, elle a été conduite dans deux cent deux établissements, auprès de deux mille huit cents élèves.

Dans le dernier numéro de la revue *Tendances*, Stéphane Legleye et ses collègues observent ainsi que les adolescents de 16 ans sont plus nombreux à boire régulièrement de l'alcool (c'est-à-dire au moins dix fois au cours du dernier mois) qu'au début des années 2000, mais ils constatent également un net recul de l'usage de tabac et de l'usage régulier de cannabis. La consommation régulière d'alcool apparaît ainsi en nette

hausse, avec 13 % des jeunes de 16 ans déclarant en consommer régulièrement en 2007, contre 8 % en 1999 et 7 % en 2003. Ce phénomène concerne deux fois plus les garçons (18 %) que les filles (9 %), même s'il gagne aussi du terrain chez ces dernières. En revanche, l'ivresse n'apparaît pas plus fréquemment déclarée qu'en 2003.

L'enquête confirme la baisse du tabagisme observée depuis la fin des années 1990 : l'usage quotidien est passé de 31 % en 1999 à 22 % en 2003, pour atteindre 17 % en 2007. Les effets conjugués de la dénormalisation du tabac et des fortes hausses des prix semblent donc particulièrement efficaces à l'adolescence. Garçons et filles présentent des niveaux de tabagisme similaires (respectivement 18 % et 16 %).

La tendance est également à la baisse pour le cannabis, ce qui constitue un fait nouveau après une nette hausse observée depuis le début des années 1990. On compte désormais 3,4 % d'usagers réguliers de cannabis (au moins dix fois en un mois) à 16 ans, contre 5,5 % en 1999

et 6,1 % en 2003, signe que l'attrait de la jeunesse pour ce produit est en train de se tasser. Ce comportement concerne 2,5 fois plus les garçons (5,0 %) que les filles (2,0 %), ce qui était déjà le cas dans les enquêtes précédentes.

Cette enquête donnera lieu à la fois à une exploitation approfondie des données françaises (niveaux d'usage des autres drogues, accessibilité perçue des substances, facteurs associés aux différentes pratiques d'usage, liens avec les modes de vie, etc.) et à des comparaisons européennes qui feront l'objet d'un article dans un prochain numéro de *La Santé de l'homme*.

François Beck

Chef du département Observation et analyse des comportements de santé, direction des Affaires scientifiques, INPES.

À lire

Legleye S., Spilka S., Le Nézet O., Hassler C., Choquet M. Alcool, tabac et cannabis à 16 ans. *Tendances 2009* ; n° 64 : 6 p.

Entre les murs, confrontation entre enseignants et élèves

Palme d'or au Festival de Cannes, *Entre les murs*, le film de Laurent Cantet sorti en septembre 2008 en France, a suscité de vigoureuses polémiques éducatives. Pour Michel Condé, ce film peut intéresser tous les professionnels impliqués dans des processus d'éducation car il montre bien les interactions, parfois difficiles, entre l'enseignant et les enseignés, ici le professeur et les élèves.

Un film de Laurent Cantet France, 2008, 2 h 08

Contrairement aux autres articles de la rubrique *Cinésanté*, celui-ci ne propose pas d'animation autour du film de Laurent Cantet. Nous avons préféré réfléchir – à partir du travail du cinéaste – sur le rôle de l'enseignement, sur la fonction éducative et surtout sur l'interaction nécessairement problématique entre deux « mondes », l'institution scolaire et le public « captif » des jeunes élèves. Le questionnement de Laurent Cantet ne peut qu'intéresser, nous semble-t-il, tous ceux qui sont concernés par les problèmes d'éducation – au sens le plus large – de la jeunesse.

Entre les murs, de Laurent Cantet, a fait l'événement en ce début d'année scolaire, suscitant (ou ressuscitant) le débat très virulent, en France, entre les tenants et les opposants de la « pédagogie » ou du « pédagogisme » (selon les appréciations des uns et des autres). Les jugements se sont en particulier focalisés sur la personnalité de François Bégaudeau, acteur du film et auteur du roman dont Laurent Cantet s'est inspiré, perçu comme un modèle ou au contraire un contre-modèle d'enseignement.

Comme c'est souvent le cas, les passions et les partis pris idéologiques masquent la complexité d'un film dont l'auteur, soulignons-le, n'est pas François Bégaudeau (même s'il y a pris une part importante) mais bien le cinéaste Laurent Cantet. Ainsi, malgré son apparence, il ne s'agit pas d'un documentaire mais bien d'une fiction mise en scène avec des acteurs sans doute non pro-

fessionnels mais bien conscients de jouer un rôle : le professeur, par exemple, porte un nom – François Marin – qui n'est pas celui de Bégaudeau, et, comme cela a été expliqué dans plusieurs interviews, le tournage s'est déroulé pendant les vacances scolaires avec des élèves volontaires, après que Laurent Cantet a animé, pendant une année, des ateliers d'improvisation dans un collège de la région parisienne.

Mise à distance réflexive

Ainsi encore, les commentaires semblent se focaliser sur le rôle du professeur alors que le dispositif imaginé par Laurent Cantet donne autant d'importance (sinon plus) aux élèves qu'à leur enseignant : les caméras disposées à différents endroits de la classe¹ montrent notamment *ce que ne voit pas* le professeur (les mots et les dessins inscrits sur des bouts de papier, les gestes cachés, les mouvements en dessous des tables) ou révèlent ce qu'il n'entend pas (le début des conflits qui éclatent ou se répercutent ensuite dans la classe). De façon plus profonde même, on peut penser que le cinéaste s'attache d'abord à rendre compte des différents points de vue, celui des enseignants et de la direction, mais aussi celui des élèves : le film raconte, en effet, en son nœud dramatique l'exclusion de l'un d'entre eux à la suite d'une querelle ayant mal tourné, mais il s'attache surtout à représenter de façon aussi précise que possible l'enchaînement des faits qui conduiront à cette exclusion. Or, si le conseil de discipline fonctionne comme un tribunal (même « humanisé »), jugeant en termes d'innocence et de culpabilité, le cinéaste montre non

pas des « torts » partagés mais une réalité beaucoup plus complexe où interagissent l'élève et le professeur mais également les autres élèves.

L'un des effets majeurs du film est précisément de permettre une mise à distance réflexive par rapport à ce qui a pu être vécu² dans l'immédiateté à l'intérieur de la classe mais également à l'extérieur (le conseil de discipline n'ayant qu'une ou deux versions des faits et ayant pour fonction essentielle de juger *a posteriori* et non pas d'analyser une situation). Au final, on peut voir le film d'abord comme une invitation au dialogue entre enseignants et élèves, comme une invitation aux uns et aux autres à dépasser leur point de vue immédiat et limité.

Un prof en question

Le film de Laurent Cantet peut donc intéresser tous ceux qui sont impliqués dans des processus d'éducation (à la santé ou autre) dans la mesure notamment où François Marin, le professeur mis en scène, ne limite pas son rôle à une transmission de savoirs³ mais où il prend également le « risque » du dialogue et de l'échange avec les élèves auxquels il fait face. Nombre de scènes « fonctionnent » ainsi sur le principe du dérapage contrôlé ou... non. Le professeur explique, par exemple, une matière – l'imparfait du subjonctif – mais doit répondre à l'interpellation d'un ou de plusieurs élèves, plus ou moins pertinente, plus ou moins hors sujet : « *Même ma grand-mère, elle ne parlait pas comme ça* » (c'est-à-dire en utilisant l'imparfait du subjonctif), remarque Angelica, ce qui fait dériver la

discussion sur les niveaux de langue, puis sur le snobisme, sur les gens précieux et finalement sur la question de la possible homosexualité du professeur...

La définition institutionnelle de la situation qui distingue le rôle du professeur et celui des élèves s'efface ici sous la pression des jeunes participants faisant surgir des problématiques qui les intéressent mais qui n'ont pas nécessairement une grande pertinence scolaire. Cette « leçon » vaut bien sûr pour tous ceux qui animent ou dirigent des groupes (enseignants, animateurs, etc.) et qui sollicitent la participation des acteurs concernés (dans ce cas des élèves) mais qui peuvent également être « débordés » par des interventions par définition imprévisibles.

Un prof parfois « à côté de la plaque »

De façon plus fine et peut-être plus critique, on constate d'ailleurs la difficulté du prof mis en scène à prendre en compte certaines remarques qui pourraient être exploitées dans la vie de la classe. Ainsi, alors qu'il demande aux élèves d'écrire un autoportrait, il ne parvient pas à comprendre qu'un élève témoigne de sa honte à manger devant la mère d'un de ses copains : au lieu de creuser la question de la définition différente du respect selon les cultures, il se moque (gentiment) de l'élève qui ne parvient pas à expliquer aux autres le sentiment alors éprouvé, et il brise là le dialogue. Bien entendu, c'est le film qui, en nous plaçant en position d'observateur, nous permet de porter ce type de jugement plus ou moins critique, alors qu'il nous serait sans doute moins facile de réagir de façon juste et pertinente dans une situation réelle⁴.

Ainsi, en se focalisant sur ces « dérapages », le film en révèle (au moins de façon partielle) les mécanismes, en particulier l'écart entre la définition institutionnelle des rôles et l'implication personnelle qui est néanmoins demandée à chacun : c'est encore une fois une élève qui remarque très finement que, si le professeur demande à chacun de faire son autoportrait, il ne s'intéresse pas « vraiment » à la vie des uns et des autres ni à ce qu'ils peuvent en raconter... François Marin répond que non, mais il lui est effectivement impossible de lever le doute sur une « hypo-

crise » qui est celle de toute l'institution éducative (du moins dans les sociétés occidentales contemporaines) qui prétend à la fois permettre à chacun d'exprimer sa personnalité (son avis, son opinion, sa sensibilité, etc.) tout en contraignant fortement le cadre d'une telle expression.

L'élève, cœur du processus éducatif : illusion brisée

Mettre en cause l'idéologie « pédagogue » de François Marin – qui voudrait mettre de façon naïve et illusoire « l'élève » au centre du processus éducatif – serait d'ailleurs faux quand on considère la manière dont se déroulent les échanges verbaux dans *Entre les murs*. Alors que le cinéaste privilégie notamment pour des raisons de dramaturgie les moments de dérapage de la vie scolaire – il ignore volontairement les moments de travail –, on observe que l'enseignant reste fondamentalement au centre des échanges, qu'il ne cesse de diriger dans un sens dont il reste le maître, et que c'est dans les moments où il en perd le contrôle (par exemple quand les élèves se disputent entre eux) qu'il réaffirme le plus fortement son autorité (comme le ferait d'ailleurs n'importe quel prof dans une telle situation). Autrement dit, la définition institutionnelle des rôles reste absolument prégnante, comme le prou-

vera en particulier l'exclusion de Souleymane, l'élève turbulent, exclusion qui verra se reformer de façon très nette les deux camps opposés, celui des professeurs, d'un côté, et celui des élèves, de l'autre.

Le film pose donc bien la question de toute action éducative qui est perçue par ce public « captif » que sont les élèves à travers le filtre des hiérarchies institutionnelles. Ce filtre peut alors induire un soupçon d'hypocrisie ou de démagogie ou au contraire d'arbitraire, d'intérêt (ou de désintérêt) caché... À l'inverse, la confusion entre le rôle institutionnel et la personnalité individuelle de l'enseignant peut également être source de malentendus comme quand l'élève Khoumba prétend que François Marin s'en prend toujours à elle, parce qu'elle serait sa « tête de Turc », alors qu'il veut simplement qu'elle lise un texte pour l'ensemble de la classe⁵.

Regard sur les conditions de vie scolaire

Loin de présenter François Marin comme un exemple ou d'en faire le porte-étendard d'une pédagogie « alternative », le cinéaste montre bien les conditions de la vie scolaire dans cette classe comme dans n'importe quelle autre classe sans doute aujourd'hui, en France, et dans bien d'autres pays : il



n'est pas possible de *réduire* cette vie scolaire à sa définition institutionnelle (les profs devraient seulement se comporter comme des profs et les élèves comme des élèves), pas plus qu'il n'est possible d'*échapper* aux effets d'une telle définition et notamment aux incompréhensions qu'elle suscite. Croire, par exemple, que les enseignants devraient se cantonner à une stricte neutralité, sans manifester ni préférences ni opinions personnelles, est un leurre que révèlent encore une fois plusieurs incidents du film, comme cette remarque des élèves reprochant à leur professeur de « trop les charrier », ou bien les objections apparemment raisonnables mais pleines de partis pris que François Marin adresse à l'élève qui défend au cours d'un exposé oral son « look gothique » : quel est l'enseignant, parfaitement maître de ses savoirs, qui n'a jamais fait de remarque ironique, ni manifesté de préférence subjective, ni exprimé d'opinion faiblement argumentée ?

Pourtant, ce sont de tels incidents qui vont à un moment se retourner contre François Marin et susciter un conflit (relativement) grave avec les élèves. Mais l'intérêt du film de Laurent Cantet, notamment pour ceux qui doivent assumer un tel rôle éducatif, est précisément de pointer ces différents mécanismes qui peuvent faire déraiser sinon échouer une telle action.

Du côté des élèves

Entre les murs, on le voit bien, n'est pas centré sur le personnage du professeur, même si celui-ci joue un rôle central, mais sur les *interactions* entre le professeur et les élèves. Les attitudes et comportements de ceux-ci apparaissent cependant comme nettement moins déterminés par leur rôle institutionnellement défini – celui d'élèves – que ceux de leur professeur, beaucoup plus conscient, malgré toutes les libertés qu'il peut prendre, de la fonction qu'il occupe. Au début du film notamment, le cinéaste souligne bien grâce à une caméra indiscreète toutes ces stratégies de contournement et d'évitement par rapport au contrôle qui s'exerce sur eux, et qu'a bien décrites un sociologue comme Erving Goffman dans son analyse du fonctionnement de ces institutions « totales » que sont les asiles⁶ et dans une moindre mesure... les écoles. Alors que François Marin n'oublie jamais son rôle, les élèves sont surtout préoccupés par leurs interactions individuelles, leurs querelles personnelles, leur désir de s'affirmer face aux autres, leur volonté de rabaisser l'autre ou de ne pas perdre la face...

Fausse neutralité des savoirs enseignés

Ils savent évidemment ce qu'on attend d'eux, et ils y sont d'ailleurs rappelés par les interventions de leur professeur, mais ils profitent souvent de

l'indétermination de leur rôle pour détourner l'interaction dans un sens qui leur est plus favorable. Il faut d'ailleurs remarquer que certaines de leurs interventions ne manquent pas de pertinence. Ainsi, quand l'un d'eux remarque que le prof prend toujours des exemples de prénoms en apparence neutres mais socialement marqués, comme Bill, et non pas Rachid ou Ahmed, la remarque porte à faux par rapport à l'intention pédagogique qui guide à ce moment François Marin, mais elle révèle aussi la fausse neutralité des savoirs enseignés (ou au moins d'une partie d'entre eux). De manière semblable, les questions sur l'utilisation du subjonctif imparfait dévoilent le caractère archaïque de cette conjugaison et indirectement l'arbitraire de certains enseignements.

Bien entendu, on devine également une part de « mauvaise foi » et de « stratégie » dans ces interventions qui ont surtout pour but de faire dévier le cours normal de la leçon, mais on ne peut qu'être frappé de façon générale par l'écart entre les exigences institutionnelles définies en dehors de la classe (par les programmes, par le monde des adultes, par la « société » et par les parents...) et les dispositions ou attentes des élèves. Le monde « scolaire » semble complètement déconnecté de leur, sans intérêt ni pertinence. Or François Marin est précisément soucieux de l'intérêt que les activités proposées pourraient avoir pour les élèves, comme du sens de ce qu'il peut leur demander : ainsi, il leur propose de lire un extrait du *Journal d'Anne Frank*, une jeune fille de leur âge, puis d'écrire à leur tour un autoportrait, ce qui suscitera cette remarque étonnante et passablement perturbante (particulièrement si l'on se souvient du contexte dans lequel a vécu Anne Frank) que leur vie à eux, les élèves, n'est pas aussi « passionnante » que celle de la jeune juive contrainte de vivre comme une recluse...

Élèves éloignés des valeurs scolaires

Ce désintérêt apparent n'entraînera pas l'échec du travail et François Marin parviendra même de façon subtile à utiliser les talents de Souleymane, l'élève le moins motivé, en lui suggérant d'utiliser pour son autoportrait les photos apparemment banales qu'il fait avec son télé-

phone portable. Néanmoins, le cinéaste montre bien l'écart entre certaines valeurs scolaires (comme la valorisation littéraire du geste autobiographique depuis Montaigne ou Jean-Jacques Rousseau) et les dispositions de ces élèves (ou du moins de certains d'entre eux) qui, comme Khoumba, estiment qu'on ne doit pas parler de « choses intimes comme sa grand-mère, sa sœur ou les règles des filles ».

Encore une fois certains estimeront qu'il ne s'agit pas de susciter l'intérêt mais uniquement de transmettre des savoirs, mais ils risquent bien alors de se retrouver dans une situation similaire à celle de ce prof qui, lors d'une scène assez pénible, craque devant l'indifférence totale d'une des classes pour la matière enseignée. Sur ce point, la pédagogie (ou le « pédagogisme »), lorsqu'elle affirme qu'il faut se soucier du sens que les activités scolaires peuvent avoir pour les apprenants, traduit une exigence certainement légitime, mais n'a sans doute pas toujours réussi à la transformer en pistes didactiques concrètes.

Entre les murs ne fait la leçon ni aux uns ni aux autres, il met en scène – grâce à un dispositif de nature fictionnelle – le point de vue des uns et des autres, et c'est bien cette interaction, hasardeuse et difficile, qui est au cœur du film.

Michel Condé

Docteur ès lettres, animateur, centre culturel Les Grignoux (Liège).

1. Il s'agissait, d'après les interviews données à la presse, de trois caméras haute définition qui tournaient en continu pendant des séances de quarante-cinq minutes. Un tel dispositif est inhabituel dans le monde du cinéma, où l'on travaille habituellement avec une seule caméra (même si l'on en utilise aujourd'hui assez fréquemment deux), ce qui nécessite de nombreuses interruptions de tournage (par exemple, si l'on filme deux personnages dialoguant en champ/contre-champ, c'est-à-dire avec une caméra changeant de position avec les différentes prises de parole).
2. Dans le cadre de la fiction mais qui pourrait évidemment se retrouver dans d'autres situations réelles plus ou moins comparables.
3. Certains voudraient aujourd'hui restreindre la fonction de l'école à une telle transmission de savoirs, et ils reprochent précisément à quelqu'un comme François Bégaudeau de sortir de son rôle de transmetteur de savoirs. Si l'on peut comprendre que certains enseignants soient mal à l'aise face aux différentes demandes d'éducation (à la civilité, à la santé, à la sécurité routière, etc.) qui leur sont adressées, il

paraît cependant difficile de dénier à l'école, comme institution, tout rôle éducatif au sens fort du terme. Exiger la discipline dans les classes, le respect des professeurs, une écoute silencieuse et le dialogue respectueux entre individus ne relève évidemment pas de la transmission des savoirs et suppose bien une action éducative sur laquelle il est impossible de faire l'impasse. Le problème est qu'une telle action est nécessairement hasardeuse, et qu'il n'y a pas en la matière de règles ni de savoirs tout faits : n'importe quel enseignant confronté à un chabut en est bien conscient.

4. La discussion avec Souleymane, qui n'a pas écrit d'autoportrait, mais qui a sur l'épaule une phrase tatouée très significative (« Si ce que tu as à dire n'est pas plus important que le silence, alors tais-toi ») tourne également court alors que l'enseignant pourrait précisément demander à Souleymane d'utiliser cette phrase comme base de son autoportrait. Mais, encore une fois, c'est le dispositif filmique qui permet précisément de repérer certaines occasions manquées - beaucoup plus difficiles à saisir sur le terrain.

5. La finesse du film de Laurent Cantet fait qu'il n'impose aucune interprétation, et l'on peut aussi soupçonner que Khoumba fait ici semblant de confondre le rôle et la personne du professeur précisément pour protéger ses propres intérêts personnels, ici son désir de ne pas faire l'effort demandé, à savoir lire un texte à haute voix. Elle accuse(r)ait son prof d'arbitraire personnel précisément pour ne pas répondre à une demande qui est, dans ce cas, de nature institutionnelle.

6. Goffman E. *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux. Paris : Les éditions de Minuit, coll. Le sens commun, 1979 : 452 p.*

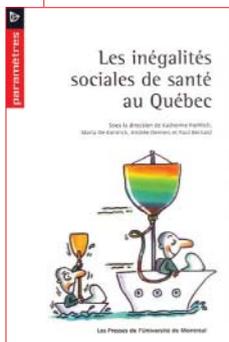
Pour en savoir plus
<http://www.grignoux.be>



D.R.

Les inégalités sociales de santé au Québec

Katherine Frohlich, Maria De Koninck, Andrée Demers, Paul Bernard (dir.)



Cet ouvrage est proposé par le Réseau de recherche en santé des populations du Québec. Il rassemble vingt-cinq contributions d'experts issus de différents champs de connaissance : sociologie, épidémiologie sociale, psychologie, anthropologie, neurobiologie, etc. En effet, les auteurs partent du principe que, pour faire face à cet enjeu global de santé publique, les solutions doivent indéniablement passer par la mise en commun des savoirs et des compétences ainsi que par la mutualisation des approches.

Le premier chapitre propose donc un éclairage à plusieurs voix de la notion même d'inégalités de santé, le deuxième est consacré aux théories et méthodes actuellement plébiscitées, le troisième chapitre, quant à lui, s'intéresse aux mécanismes qui conduisent de la théorie à l'action et permettent une mise en œuvre pratique. À noter : la présence d'un article intitulé « Les inégalités sociales de mortalité prématurée en France », signé par Annette Leclerc, Gwen Menvielle, Jean-François Chastang et Danièle Luce.

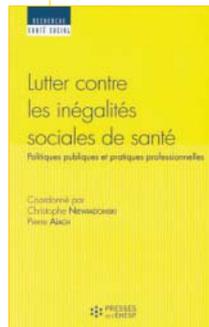
Céline Deroche

Montréal : Les Presses de l'université de Montréal, coll. Paramètres, 2008, 404 pages, 36 €.

Lutter contre les inégalités sociales de santé

Politiques publiques et pratiques professionnelles

Christophe Niewiadomski, Pierre Aiach (coord.)



Ce document a pour objectif d'informer sur la problématique des inégalités de santé, souvent trop peu connue des pouvoirs publics, mais également de l'univers du soin et de la santé. Malgré les progrès actuels, que ce soient les progrès médicaux ou les progrès sociaux, ces inégalités et leurs effets demeurent particulièrement préoccupants. De plus, il s'avère délicat de préciser finement les facteurs déterminant ces inégalités, qu'ils soient matériels ou culturels.

Les seize chercheurs français et européens qui participent à cet ouvrage vont donc engager une réflexion sur ce phénomène complexe en définissant, dans un premier temps, les inégalités sociales de santé, et en abordant les problèmes théoriques qu'elles soulèvent. Le deuxième chapitre propose une mise en perspective des politiques et pratiques relatives aux inégalités en France et en Europe. Enfin, sont évoqués les cas particuliers du cancer et de la santé mentale.

C. D.

Rennes : Presses de l'EHESP, coll. Recherche Santé Social, 2008, 281 pages, 25 €.

Retrouver sa liberté de mouvement

Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive (Pnaps). Rapport préparatoire de la commission Prévention, Sport et Santé présidée par le P^r Jean-François Toussaint et réunie d'avril à octobre 2008.

Jean-François Toussaint



Face à une sédentarité croissante considérée comme épidémique depuis la seconde moitié du XX^e siècle, la commission Prévention, Sport et Santé s'est réunie d'avril à octobre 2008 ; elle propose, en s'appuyant notamment sur les conclusions de l'expertise Inserm publiée en mars 2008, d'encourager toutes les situations qui favorisent la pratique d'activité physique et sportive (APS) au quotidien et permettent ainsi d'améliorer la qualité de vie.

Dans un premier temps, ce rapport est découpé selon les âges de la vie et les différentes structures ou institutions liées à ces périodes. Il évoque donc en premier lieu la promotion des activités physiques et sportives chez l'enfant et l'adolescent. Il s'intéresse ensuite au milieu universitaire et à la promotion de ces activités en lien avec la santé des étudiants. Puis il aborde le monde du travail en désignant l'entreprise comme vecteur de développement de la santé par l'APS. Enfin, viennent les propositions détaillées relatives aux seniors.

Dans un second temps, le rapport évoque le lien entre APS et prévention tertiaire dans le cadre des maladies chroniques, des maladies rares et du handicap. La question de l'environnement est également soulevée, au travers des programmes nationaux et internationaux et des possibilités d'aménagement de l'environnement rural ou urbain. En outre, les auteurs traitent de la formation relative aux APS et des stratégies de communication envisageables.

C. D.

Paris : ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, 2008, 295 pages.

En ligne : <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/publications-documentation/publications-documentation-sante/rapports/IMG/pdf/Rap-PreventionActivite-2008.pdf>

Le rôle de l'art dans les éducations en santé

Rémi Gagnayre, Patrick Paul



Huit expériences différentes, faisant appel au dessin, à la peinture, à l'écoute musicale, aux arts plastiques mais aussi à la présentation d'œuvres et à des visites d'exposition sont ici avancées. Elles ont toutes un même point commun, celui de susciter auprès des personnes qui les réalisent un apprentissage significatif et un travail réflexif sur la santé, sur leur santé et sur leur maladie. Les auteurs tentent – par ces expériences d'éducation pour la santé ou d'éducation thérapeutique du patient et au-delà des résultats de l'action thérapeutique permise par l'expression artistique – de considérer, d'une part, chaque humain dans sa pluridimensionnalité bio/psycho/socio/spirituelle et, d'autre part, de questionner le rôle de l'art dans la transformation qu'il opère en tant qu'énoncé performatif chez la personne, malade ou non.

Sandra Kerzanet

Paris : L'Harmattan, coll. Interfaces et transdisciplinarités, 2008, 145 pages, 15,50 €.

Accompagnement et éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques

Quels enjeux ? Quelles perspectives de développement ?
Société française de santé publique (SFSP), ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative.



Ce numéro de la collection « Santé et société » de la Société française de santé publique présente les actes du colloque du 9 juin 2008, organisé à la demande du ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. Les intervenants ont abordé, dans une première partie, les conditions de mise en œuvre des programmes d'accompagnement et d'éducation thérapeutique du patient : freins et moteurs, rôle des réseaux, etc. Un essai de typologie des différents programmes et leurs principes d'organisation a été présenté

en deuxième partie. Les leviers d'action pour un développement répondant aux besoins des patients et des professionnels de santé ont été exposés au cours de la troisième partie : formation, financement, dispositifs d'appui.

Les présentations des participants sont disponibles en ligne : <http://www.sfsp.fr/manifestations/manifestations/infos.php?cmanif=5>

Olivier Delmer

Vandœuvre-lès-Nancy : SFSP, coll. Santé et société, n° 14, 2008, 107 pages, 10 €.

L'estime de soi

S'aimer pour mieux vivre avec les autres

Christophe André, François Lelord



Écrit par deux psychothérapeutes et consultants en entreprise, l'ouvrage dépeint divers degrés et modalités de l'estime de soi selon des exemples concrets empruntés à la psychologie quotidienne, à la littérature ou encore à l'histoire. On peut décomposer leur ouvrage en trois parties : Caractéristiques des estimes de soi ; Les mécanismes de l'estime de soi ; Entretenir et réparer son estime de soi. Des questionnaires et des exercices visant à établir un bilan personnel sont proposés. Ces analyses conduisent à des conseils pratiques « pour mieux vivre avec soi-même et avec les autres ».

S. K.

Paris : Odile Jacob, coll. Bibliothèque, 2007, 304 pages, 18 € ; coll. Poches, 2008, 320 pages, 8 €.

Peut-on réduire les disparités de santé ?

Rapport à la ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

André Flajolet (prés.)



Le rapport Flajolet propose des orientations concrètes visant à réduire les inégalités de santé sur le territoire. Le constat de départ est le suivant : de nombreuses structures sont dédiées à la prévention sanitaire sur le territoire français mais leurs actions sont souvent juxtaposées ; de plus, les professionnels de santé considèrent consacrer trop peu de temps à la prévention et déplorent la perte de chance qui peut en résulter.

La mission dont ce rapport découle propose donc une organisation de la politique de prévention fondée notamment sur le concept de « gestion de son patrimoine santé », qui remplace la logique de réparation et concerne toutes les populations en agissant sur leurs milieux de vie, la réconciliation des logiques géographiques et populationnelles permettant la diminution des disparités de santé.

Après un constat détaillé de l'état des lieux en France, les auteurs présentent leurs recommandations :

- « fixer le cap de la santé pour la communauté nationale ;
- favoriser l'accès à la santé ;
- concentrer les efforts de réduction des disparités ».

Enfin, ils proposent un avant-projet d'expérimentation de ces recommandations en région Nord-Pas-de-Calais, région où les disparités sont fortes.

C. D.

Paris : La Documentation française, coll. des rapports officiels, 2008, 152 pages, 12 €.

6^e Université d'été francophone en santé publique

La Faculté de médecine et de pharmacie de Besançon et l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) de Franche-Comté organisent, avec leurs partenaires, une nouvelle édition de l'Université d'été francophone en santé publique. Elle se déroulera à Besançon du 28 juin au 3 juillet 2009.

Cette rencontre est construite autour de 17 modules de formation. Durant la semaine, chaque participant suivra le module qu'il aura choisi parmi plusieurs grands thèmes de santé publique, comme par exemple "Territoires et santé : mise en œuvre de projets locaux cohérents et pertinents" ; "Santé publique bucco-dentaire" ; "Réduire les inégalités sociales de santé : stratégies et modalités d'interventions" ; "Santé et communication" ; "Agir avec les adolescents en difficulté : approches collectives et individuelles" ; "Santé des personnes âgées : bien vieillir" ; "Education thérapeutique et médecine générale" ; "Migration et santé publique"...

Basée sur la diversité des savoirs et des expériences de chacun, cette formation est ouverte à toutes les personnes concernées par les questions actuelles de santé publique et prioritairement aux professionnels en activité, ainsi qu'aux élus ou usagers oeuvrant au sein d'institutions ou d'associations des champs sanitaires, sociaux ou éducatifs.

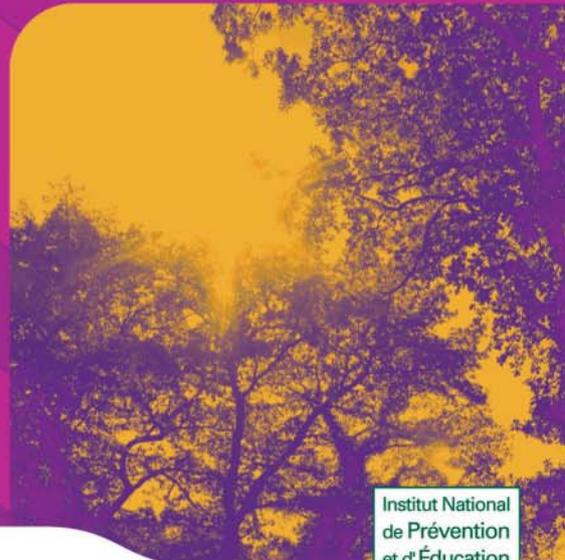
Une semaine de formation
et d'échanges

enseignement
forums
débats
conférences

Demande de renseignements
et inscription :

- Site internet :
<http://www.urcam.org/univete/index.htm>
- Adresse courriel :
sboichat@univ-fcomte.fr
- Adresse postale : Solène Boichat
Université d'été francophone
en santé publique
Faculté de médecine et de pharmacie
Place Saint Jacques
25030 Besançon cedex

Besançon, France
du 28 juin au 3 juillet
2009



Université d'été francophone
en santé publique